

**La gestion des systèmes de santé dans
les États membres de l'UE -
Le rôle des collectivités locales
et régionales**

**La présente étude a été rédigée par Progress Consulting S.r.l. et Living Prospects Ltd.
Elle ne représente pas la position officielle du Comité des régions.**

Pour de plus amples informations sur l'Union européenne et le Comité des régions, veuillez consulter respectivement les sites internet <http://www.europa.eu> et <http://www.cor.europa.eu>.

Numéro de catalogue: QG-30-11-072-FR-N
ISBN: 978-92-895-0719-6
DOI: 10.2863/83788

© Union européenne, 2012

Reproduction partielle autorisée moyennant mention explicite de la source.

Table des matières

1	Résumé.....	1
2	Inventaire.....	5
2.1	Introduction.....	5
2.2	Profils nationaux.....	8
2.2.1	Autriche.....	8
2.2.2	Belgique.....	12
2.2.3	Bulgarie.....	16
2.2.4	Chypre.....	19
2.2.5	République Tchèque.....	21
2.2.6	Danemark.....	24
2.2.7	Estonie.....	27
2.2.8	Finlande.....	30
2.2.9	France.....	34
2.2.10	Allemagne.....	37
2.2.11	Grèce.....	40
2.2.12	Hongrie.....	44
2.2.13	Irlande.....	47
2.2.14	Italie.....	50
2.2.15	Lettonie.....	53
2.2.16	Lituanie.....	56
2.2.17	Luxembourg.....	59
2.2.18	Malte.....	61
2.2.19	Pays-Bas.....	63
2.2.20	Pologne.....	67
2.2.21	Portugal.....	69
2.2.22	Roumanie.....	72
2.2.23	Slovaquie.....	75
2.2.24	Slovénie.....	78
2.2.25	Espagne.....	80
2.2.26	Suède.....	84
2.2.27	Royaume-Uni.....	87
3	Typologie des systèmes de soins de santé.....	93
3.1	Principaux modèles et classifications actuels.....	94
3.1.1	Financement des soins de santé.....	94
3.1.2	Financement public/privé et type de prestataires de soins de santé.....	96
3.1.3	Caractéristiques institutionnelles des systèmes de santé.....	96
3.1.4	Gouvernance hospitalière.....	97
3.2	Approche méthodologique.....	99
3.2.1	Critères considérés.....	100
3.2.2	Aperçu des catégories.....	102
3.2.3	Une nouvelle typologie des systèmes de gestion de la santé.....	103
4	Conclusions.....	107
5	Appendice I – Liste des références.....	109

1 Résumé

Les systèmes de santé sont gérés de manières très diverses dans l'Union européenne (UE). Le présent rapport se concentre sur le rôle joué dans ces systèmes par les collectivités locales et régionales (CLR) eu égard à leurs compétences et responsabilités, et ce de la publication de la législation à l'élaboration, à la mise en œuvre et au financement des politiques.

Les CLR jouent un rôle important dans le domaine de la santé. Ce rôle est souvent le reflet de la structure constitutionnelle du pays concerné. Cependant, plusieurs facteurs ajoutent de la complexité à cette relation simple, comme le type dominant de gouvernance hospitalière ou la compétence des CLR pour mobiliser localement les ressources financières à investir dans la santé.

La présente étude poursuit un double objectif: i) dresser un inventaire présentant le type de gestion qui prévaut dans les systèmes de santé au sein de l'UE, et ii) proposer une typologie des systèmes de gestion de la santé sur la base de certaines compétences clés détenues par les CLR au sein de ces systèmes.

Le *chapitre 2* présente le profil des systèmes de gestion de la santé des 27 États membres de l'UE. Chaque profil décrit la structure des systèmes de santé, les principaux acteurs et les principales responsabilités, les modalités de prestation des services de soins de santé, les mécanismes de financement et les principaux types de dépenses. Bien que l'accent ait été mis sur le rôle des CLR, la présentation du contexte institutionnel en amont (niveau national) et une description succincte des secteurs desservis en aval (bénéficiaires des services et types de services) ont été nécessaires pour comprendre le cadre dans lequel les CLR interviennent. Les profils sont le résultat d'une étude documentaire de la littérature existante et disponible publiquement et des informations mises en ligne par les autorités nationales compétentes. Par conséquent, il pourrait exister des lacunes dans l'information fournie et les profils sont susceptibles de ne pas présenter la même information systématiquement pour tous les pays, même si des efforts sont faits dans cette direction.

Certaines grandes sources méritent une mention spéciale en tant que références les plus importantes et les plus complètes: il s'agit des profils des systèmes de santé établis par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et publiés par l'Organisation mondiale de la santé, en particulier en ce qui concerne les pays qui ont récemment été réexaminés.

Plusieurs systèmes de santé traversent un processus de réforme. Les réformes portent souvent sur les mécanismes de financement et sur la relation entre

l'acheteur et le fournisseur. Certains de ces processus de réforme ont commencé il y a quelque temps et leur mise en œuvre rencontre des difficultés manifestes; d'autres sont une conséquence directe de l'augmentation des dépenses de santé due, entre autres, au ralentissement économique et à la crise de l'emploi qui en résulte (plusieurs systèmes se caractérisent par un mécanisme de cotisation à l'assurance maladie obligatoire basé sur l'emploi) ainsi qu'à d'importants changements démographiques (vieillesse de la population). Dans d'autres cas, la structure constitutionnelle du pays pourrait permettre une participation accrue des CLR à la gestion de la santé, mais ce n'est pas encore le cas, principalement en raison de contraintes financières. Toutes ces situations font de cet inventaire un instantané qui changera dans un proche avenir.

Le *chapitre 3* présente une typologie des systèmes de gestion de la santé existants dans l'UE. La classification des systèmes de soins de santé est traditionnellement articulée autour des types de mécanisme de financement des soins de santé ou sur la base des principales relations contractuelles qui unissent les prestataires de services de soins de santé et les payeurs. Ces éléments permettent d'analyser la viabilité financière des systèmes, et les classifications correspondantes visent à soutenir les décisions sur l'efficacité et la rentabilité des dépenses. Cependant, dans le dernier rapport conjoint CPE/CE sur les systèmes de soins de santé, il a été souligné que la compréhension des facteurs entraînant des dépenses de santé et de la performance globale exigeait également une compréhension des caractéristiques organisationnelles des systèmes. Les efforts de recherche dans ce domaine sont reconnus pour être limités, et l'enquête menée par l'OCDE en 2008 auprès de ses pays membres représente l'effort le plus systématique et le plus récent en ce sens.

Les dimensions à prendre en considération pour une classification sont déterminées par la portée de cette classification. Dans la présente étude, la typologie proposée a donc été élaborée à partir de plusieurs dimensions, directement ou indirectement corrélées aux classifications traditionnelles, mais toutes caractérisées par une contribution régionale et/ou locale manifeste. En outre, étant donné que les types de gouvernance hospitalière ont été jugés comme étant étroitement liés au degré de décentralisation des systèmes de gestion de la santé, la propriété et la gestion des établissements de soins de santé ont également été prises en considération dans le processus de regroupement.

La typologie proposée a été élaborée à partir des critères suivants: i) présence/absence de responsabilités des CLR dans le financement de la santé et niveau de financement de la santé au niveau infranational, exprimé en pourcentage du total des dépenses du secteur public infranational, ii) présence/absence de compétences et de responsabilités des CLR en ce qui concerne les fonctions suivantes: législation dans le domaine de la santé,

planification et fourniture (mise en œuvre) des services de soins de santé, et iii) propriété et/ou gestion des établissements de soins de santé, en particulier des hôpitaux, par les CLR.

Le processus de regroupement a permis de dégager cinq grandes catégories de systèmes de gestion de la santé en Europe s'agissant du rôle joué par les acteurs locaux et régionaux. La **catégorie 1 (systèmes décentralisés)** comprend de facto les «systèmes régionaux de gestion de la santé», c'est-à-dire les systèmes de gestion dont la réglementation, l'exploitation ainsi que le cofinancement sont délégués aux pouvoirs régionaux (Espagne et Italie) ou aux États (Autriche). Dans cette catégorie, le financement par les budgets infranationaux est nettement supérieur à la moyenne de l'UE-27 de 12,9 % du budget infranational alloués à la santé¹ et les autorités infranationales possèdent et gèrent également des établissements de soins de santé. La **catégorie 2** comprend les systèmes de gestion de la santé dans lesquels les pouvoirs locaux et régionaux sont responsables de plusieurs fonctions de planification et de mise en œuvre, en plus des fonctions de cofinancement; dans cette catégorie, les CLR possèdent et gèrent aussi des établissements de soins de santé. Cette catégorie peut être subdivisée en sous-catégories sur la base du niveau de cofinancement par les budgets infranationaux (au-dessus ou en dessous de la moyenne de l'UE). La catégorie 2 peut être désignée comme celle regroupant les «**systèmes partiellement décentralisés**».

La **catégorie 3** regroupe les systèmes de gestion de la santé dans lesquels les pouvoirs locaux et régionaux exercent des fonctions opérationnelles (de mise en œuvre), notamment parce qu'ils possèdent des établissements de soins de santé; le cofinancement par les budgets infranationaux est limité. Deux situations inhabituelles sont classées dans cette troisième catégorie: les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Aux Pays-Bas, la gouvernance hospitalière est centralisée, mais les CLR interviennent dans la planification et la mise en œuvre et apportent une contribution financière limitée du budget infranational. Comme la fonction «opérationnelle» des pouvoirs locaux néerlandais est évidente, leur système de gestion de la santé a été classé dans cette catégorie (**systèmes fonctionnellement décentralisés**). Au Royaume-Uni, chacun des quatre pays qui le composent (Angleterre, Écosse, Pays de Galles et Irlande du Nord) dispose de son propre système de santé national (*National Health Service*), lequel est géré au niveau des pays constitutifs et est dès lors classé dans la catégorie 3, même si, dans chacun de ces pays, un système «centralisé mais structuré au niveau territorial» s'applique.

¹ Conseil des communes et régions d'Europe et Dexia (2009).

Les **categories 4 et 5** sont caractérisées par des systèmes de gestion de la santé qui sont **centralisés** (catégorie 5) ou **centralisés mais structurés au niveau territorial** (catégorie 4); dans la quatrième catégorie, la majorité des responsabilités incombent au pouvoir central, même si la mise en œuvre relève du niveau territorial, par l'intermédiaire d'organismes ou d'agences représentant l'administration centrale; en outre, à l'exception du Portugal, les CLR des systèmes de la quatrième catégorie peuvent également gérer des établissements de soins de santé.

2 Inventaire

2.1 Introduction

Ce chapitre présente le profil des systèmes de gestion de la santé des 27 États membres de l'UE. Chaque profil décrit la structure des systèmes de santé, les principaux acteurs et les principales responsabilités, les modalités de prestation des services de soins de santé, les mécanismes de financement et les principaux types de dépenses. Cet inventaire est destiné à fournir un instantané des principales caractéristiques des systèmes de gestion de la santé en Europe. Bien que le présent rapport soit consacré au rôle des collectivités locales et régionales (CLR) dans le domaine de la santé, de l'élaboration des politiques et de la réglementation à la planification, à la mise en œuvre et au financement des soins de santé, il a néanmoins été nécessaire de présenter le contexte institutionnel en amont (niveau national) et de décrire brièvement les secteurs desservis en aval (bénéficiaires des services et types de services) afin de comprendre le cadre dans lequel les CLR interviennent.

Les profils ont été élaborés sur la base de recherches documentaires. Les plus importantes sources d'information sont les examens des systèmes de santé établis par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et publiés par l'Organisation mondiale de la santé². D'autres bonnes sources, qui permettent essentiellement d'avoir un aperçu des derniers développements, sont les rapports nationaux annuels de 2009 ou de 2010 sur les retraites, la santé et les soins de longue durée rédigés par le réseau «Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale» (ASISP)³. Les informations sur la gouvernance hospitalière proviennent des profils de pays de la Fédération européenne des hôpitaux et des soins de santé (HOPE), disponibles en ligne et présentant des informations actualisées jusqu'en 2007, et du rapport de 2009 de HOPE et Dexia sur les hôpitaux dans l'UE^{4,5}.

Dans plusieurs cas, il est fait directement référence au site internet des ministères concernés chargés de la santé dans les différents pays et aux informations qui y sont publiquement disponibles. Enfin, une autre source importante de littérature a été le document de travail sur la santé de l'OCDE qui

² Tous les profils sont disponibles à l'adresse suivante:

<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits>.

³ Le réseau «Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale» (ASISP) est un réseau d'experts indépendants mis en place par la Commission européenne. Il élabore chaque année 34 rapports nationaux sur les retraites, la santé et les soins de longue durée dans lesquels il évalue les derniers développements et les réformes entreprises dans ces domaines.

⁴ Les profils hospitaliers nationaux de HOPE sont disponibles à l'adresse suivante: <http://www.hope.be>.

⁵ HOPE et Dexia (2009).

présente les résultats d'une enquête lancée en 2008 dans le but de collecter auprès de 29 pays des informations sur leur système de santé⁶. L'enquête, basée sur 81 questions, a également permis de recueillir des informations sur la gouvernance et la décentralisation dans le processus décisionnel en ce qui concerne l'allocation des ressources et les responsabilités en matière de financement; les réponses relatives à ces derniers aspects ont été incluses dans le profil des États membres de l'UE qui sont également membres de l'OCDE, afin de servir d'élément complémentaire à la description narrative de leur système de santé⁷.

Plusieurs systèmes de santé traversent un processus de réforme, en particulier en ce qui concerne les mécanismes de financement et la révision de la relation entre l'acheteur et le fournisseur. Il s'agit d'une conséquence directe de l'augmentation des dépenses de santé due, entre autres, au ralentissement économique et à la crise de l'emploi en résultant (plusieurs systèmes se caractérisent par un mécanisme de cotisation à l'assurance maladie obligatoire basé sur l'emploi) ainsi qu'à d'importants changements démographiques (vieillesse de la population). Ces changements sont signalés chaque fois que c'est possible.

L'inventaire est par nature un texte descriptif, mais des efforts ont été faits pour fournir au lecteur des informations visuellement immédiates sur les caractéristiques importantes, telles que la prévalence d'une structure de gestion décentralisée ou centralisée, les types d'établissements de santé appartenant aux CLR et les types de compétences/responsabilités exercées par les CLR. Le tableau n° 1 donne la «légende» de ces informations visuelles.

⁶ Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010).

⁷ Source: tableau n° 30 in Paris, Devaux, Wei (2010), pages 69 et 70.

Tableau n 1 – Icônes permettant de visualiser les informations principales



système de gestion de la santé décentralisé ou tendance du système à la décentralisation



système de gestion de la santé centralisé ou tendance du système à la centralisation



propriété par les CLR de grands établissements de soins



fonctions des CLR dans le système de gestion de la santé

Les informations recueillies dans cet inventaire soutiennent la présentation d'une typologie des systèmes de soins de santé reposant sur la décentralisation des tâches et des responsabilités du niveau central vers le niveau local et/ou régional. Les conclusions agrégées et la synthèse des informations contenues dans le chapitre 2 sont présentées dans le chapitre 3, où l'analyse par groupes est également soutenue par d'autres statistiques et indicateurs pertinents.

Les principales conclusions de l'inventaire en ce qui concerne les fonctions sont résumées dans le tableau n° 2.

Tableau n 2 – Aperçu des fonctions déléguées aux collectivités locales ou régionales, par pays

	législation	planification	mise en œuvre	financement		législation	planification	mise en œuvre	financement		législation	planification	mise en œuvre	financement
AT	●	●	●	●	FI	⊘	●	●	●	MT	⊘	⊘	⊘	⊘
BE	⊘	●	●	●	FR	⊘	●	●	●	NL	⊘	●	●	●
BG	⊘	⊘	●	●	GR	⊘	⊘	●	⊘	PL	⊘	●	●	●
CY	⊘	⊘	⊘	⊘	HU	⊘	⊘	●	●	PT	⊘	⊘	●	⊘
CZ	⊘	●	●	●	IE	⊘	⊘	⊘	⊘	RO	⊘	⊘	●	●
DE	⊘	●	●	●	IT	●	●	●	●	SE	⊘	●	●	●
DK	⊘	●	●	●	LT	⊘	●	●	●	SK	⊘	⊘	●	●
EE	⊘	●	●	●	LU	⊘	⊘	●	⊘	SL	⊘	●	⊘	●
ES	●	●	●	●	LV	⊘	⊘	●	⊘	UK	⊘	●	⊘	⊘

2.2 Profils nationaux

2.2.1 Autriche

Principales caractéristiques du système de soins de santé autrichien

- ▶ Décentralisé, avec plusieurs compétences déléguées aux autorités provinciales et locales ou aux organismes de sécurité sociale
- ▶ Fournit une couverture quasi universelle (98,8 %) grâce à l'assurance obligatoire
- ▶ Les dépenses de santé sont principalement financées par des fonds publics – cotisations de sécurité sociale et impôts – et complétées par des paiements privés
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système

Le gouvernement fédéral est compétent pour légiférer dans le domaine de la santé et mettre en œuvre les politiques correspondantes. Dans l'ensemble, il joue un rôle de supervision et de facilitation entre les nombreux acteurs intervenant dans les soins de santé, et **plusieurs fonctions sont partagées avec les neuf États/provinces (*Bundesländer*) et/ou les organismes de sécurité sociale ou leur sont déléguées**. En général, la coopération dans le secteur de la santé est régie par la loi. Le gouvernement fédéral est responsable de la réglementation concernant les produits pharmaceutiques, les pharmacies et les dispositifs médicaux, des professions de la santé (par exemple la formation des médecins) et de la politique structurelle, et de la législation relative aux soins ambulatoires (médecins dans des cabinets individuels). Les principaux acteurs institutionnels comprennent i) au niveau fédéral, l'Agence fédérale de la santé et son organe exécutif (la Commission fédérale de la santé), gérée par le ministère fédéral de la santé et composée de représentants de tous les niveaux de gouvernement, ainsi que des organismes de



sécurité sociale, de la Chambre médicale autrichienne, des hôpitaux de l'Église et des représentants des patients, et ii) au niveau provincial, les fonds régionaux de la santé et leurs organes exécutifs (les plates-formes régionales de la santé), qui comprennent des représentants des différentes provinces, du gouvernement fédéral, de l'Association des organismes autrichiens de sécurité sociale⁸, de la Chambre médicale autrichienne, des pouvoirs locaux et des organisations d'hôpitaux. Les fonds régionaux de la santé sont les branches de mise en œuvre de l'Agence fédérale de la santé et distribuent des fonds à des hôpitaux publics, privés et à but non lucratif.

En tant qu'institutions autonomes, les organismes de sécurité sociale ont des fonctions de réglementation en matière de services de santé ambulatoires. Le système d'assurance sociale est fondé sur l'assurance légale, qui est donc obligatoire et réglementé par la loi. Il n'y a pas de marché de l'assurance, car la population ne peut pas choisir son organisme de sécurité sociale. L'affiliation à une caisse d'assurance dépend de la profession de l'assuré, de son lieu de travail ou de son lieu de résidence.

States/Provinces	<ul style="list-style-type: none"> • preparing enforcement legislation • implementation of hospital care • funding • delivery of services
Local governments	<ul style="list-style-type: none"> • funding • delivery of services

La planification des ressources à tous les niveaux se fait par un plan de structure des soins de santé national (ÖSG) et par des plans de structure des soins de santé régionaux (RSG).

Tous les niveaux de gouvernement, du gouvernement fédéral aux pouvoirs locaux, participent ensemble à la fourniture et à l'administration des services de santé publics. La responsabilité des soins aux patients hospitalisés (fournis dans les hôpitaux) est partagée entre le gouvernement fédéral et les autorités provinciales, le premier fixant le cadre législatif et les secondes élaborant la législation d'application.

⁸ L'Association des organismes autrichiens de sécurité sociale (HVB) est l'organisation faîtière de 22 organismes de sécurité sociale, couvrant la retraite, la santé et l'assurance accidents.

Prestation des services

L'assurance offre un accès gratuit à un ensemble de services; les services non inclus dans celui-ci peuvent exiger une intervention personnelle des patients ou des copaiements. Des paiements directs sont également prévus lors de l'utilisation de prestations qui ne sont pas incluses dans l'ensemble de services ou qui sont fournies par des médecins qui ne travaillent pas pour la caisse d'assurance maladie concernée. Des exceptions au copaiement existent pour certaines catégories de patients (malades chroniques, en dessous d'un certain niveau de revenu, etc.).

Les autorités provinciales sont spécifiquement responsables de la mise en œuvre des soins hospitaliers, de l'entretien des infrastructures hospitalières, de la promotion de la santé et des services de prévention; les prestations et services de sécurité sociale relèvent de la responsabilité des pouvoirs locaux (circonscriptions, villes statutaires et municipalités).

L'accès aux services de santé n'est pas réglementé en ce sens que les patients ne sont pas tenus de s'inscrire auprès d'un médecin en particulier et que les médecins ne jouent pas le rôle de médecin référent. Les patients peuvent donc également accéder aux services ambulatoires des hôpitaux sans recommandation d'un médecin. Les soins ambulatoires sont fournis par des médecins (dont des travailleurs indépendants), des cliniques externes, privées ou appartenant aux caisses d'assurance maladie, d'autres spécialistes et des services de soins ambulatoires des hôpitaux. Les médecins sont généralement unis par une convention avec les caisses d'assurance maladie.

En 2008, un total de 267 hôpitaux était disponible pour les soins hospitaliers, quelque 130 hôpitaux (environ 48 600 lits) étant financés par des caisses d'assurance maladie provinciales (*Landesgesundheitsfonds*) et quelque 44 hôpitaux (environ 4 000 lits) par le fonds privé de financement des hôpitaux (*Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds*). La propriété des hôpitaux est publique à 58 % (États/provinces, collectivités locales ou organismes de sécurité sociale, directement ou par l'intermédiaire de sociétés) et privée pour la part restante (ordres religieux, associations)⁹.



L'octroi des licences et la surveillance du marché des médicaments relèvent du niveau fédéral, de l'Agence autrichienne des médicaments (AGES PharmMed). Les médicaments sont délivrés par des pharmacies privées ou, dans les zones rurales, par le médecin de famille.

⁹ HOPE, profil de pays en ligne – Autriche: dernières informations datant de 2007.

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé		Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	R
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé	C	Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	R
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	C,R,L	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	R
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	C,R,L	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	
Détermination de la répartition des ressources entre les régions	C,R,L	Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	
Fixation des méthodes de rémunération des médecins		Financement des dépenses courantes des hôpitaux	C,R,L
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	C,R,L	Fixation des objectifs de santé publique	C,R

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

En 2007, 76 % des dépenses totales de santé provenaient de sources publiques et les 24 % restants de sources privées; en particulier, les cotisations de sécurité sociale ont couvert environ 50 % des dépenses totales de santé (ÖBIG, 2010a).

Le système de soins de santé est donc financé principalement par des fonds publics, les principales sources de revenus étant les cotisations de sécurité sociale (environ 60 %) et les impôts (40 %). La contribution publique provient du gouvernement fédéral et des pouvoirs provinciaux et locaux. Les financements privés prennent la forme de copaiements directs et indirects.

«L'organisation et le financement du système de soins de santé sont régis par des accords intra-étatiques conclus entre le gouvernement national et les pouvoirs provinciaux conformément à l'article 15 bis B-VG (loi constitutionnelle autrichienne)»...ces fonds «sont distribués aux provinces et aux caisses provinciales de la santé de ces provinces sur la base de dotations proportionnelles déterminées» (ÖBIG, 2010b).

Références:

[Site web](#) du ministère fédéral de la santé

Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit (2010a), [The Austrian Health Care System – Key Facts](#)

Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit (2010b), [The Austrian DRG system](#)

Fink M. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Autriche. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.2 Belgique

Principales caractéristiques du système de soins de santé belge

- ▶ Décentralisé, les principales compétences étant partagées entre le gouvernement fédéral et les autorités fédérées (communautés, régions), ce qui reflète le cadre institutionnel et la décentralisation du pays
- ▶ Fournit une couverture quasi universelle (99,6 % de la population) grâce à l'assurance obligatoire
- ▶ Les dépenses de santé sont principalement financées par des fonds publics – cotisations de sécurité sociale et impôts – du gouvernement fédéral et, dans une moindre mesure, des pouvoirs locaux
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système

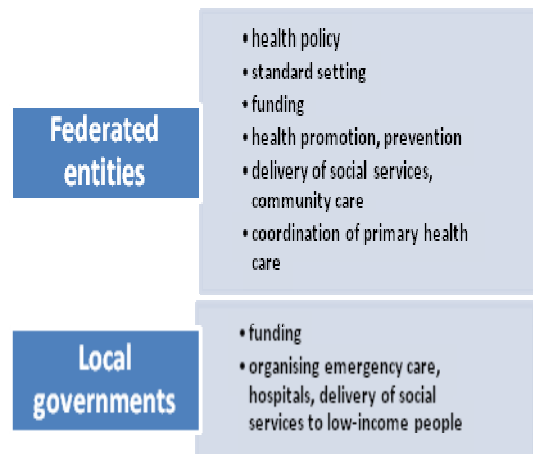
Les **soins de santé relèvent de** trois niveaux de gouvernement: le gouvernement fédéral, les **autorités fédérées** (trois régions et trois communautés) **et, dans une moindre mesure, les pouvoirs locaux (provinces et communes)**. La répartition des responsabilités en matière de soins de santé reflète la structure du pays car, depuis les années 1980, certaines responsabilités ont été transférées aux trois communautés (flamande, française et germanophone). Le niveau fédéral, par l'intermédiaire du ministère des affaires sociales et de la santé publique, est responsable de la réglementation et du financement de l'assurance maladie obligatoire, de la politique pharmaceutique et de la législation hospitalière. Le cadre législatif dans le domaine de la santé et l'élaboration du budget annuel du système de santé relèvent du niveau fédéral. Tant le niveau fédéral que les entités fédérées sont responsables de la politique de santé. Les trois communautés définissent leurs propres objectifs en matière de promotion de la santé et leurs politiques de soins de santé préventifs ainsi que leurs structures de gouvernance internes. Les responsabilités des autorités fédérées sont principalement «*la promotion de la santé et la prévention, les soins de santé maternelle et infantile et les services sociaux correspondants, différents aspects des soins communautaires, la coordination et la collaboration dans les soins de santé primaires et les soins palliatifs, la mise en œuvre des normes d'accréditation et la détermination de critères d'accréditation supplémentaires, et le financement des investissements hospitaliers*» (Gerkens et Merkur, 2010).



⇒ Comme exemple du partage des responsabilités et du niveau d'interaction dans le domaine de la planification hospitalière, la capacité hospitalière est planifiée au niveau fédéral, tout comme l'obligation pour les hôpitaux d'obtenir une accréditation auprès des ministères régionaux de la santé publique; les communautés sont compétentes pour autoriser la construction d'hôpitaux; des subventions en capital sont fournies aux bâtiments hospitaliers par les communautés et le gouvernement fédéral.

La coopération entre les différents niveaux a lieu par le biais de conférences interministérielles, composées des ministres chargés de la politique de santé des gouvernements fédéral et fédérés. Ces conférences peuvent déboucher sur des protocoles d'accord sur des domaines d'action spécifiques, comme les soins de longue durée et les soins pour personnes âgées, les programmes de vaccination et le dépistage du cancer, mais les décisions ne sont pas contraignantes et, surtout, ces conférences constituent un espace de consultation.

Les provinces et les communes ont des responsabilités limitées en matière de soins de santé. Des commissions provinciales sont chargées de la réaction à adopter en cas de maladies contagieuses, du contrôle des qualifications des professionnels et de la supervision de la pratique de la médecine, des soins infirmiers et des soins paramédicaux. Les communes sont responsables de l'organisation du soutien social pour les personnes à faible revenu, ainsi que des soins d'urgence et des hôpitaux publics.



Le régime d'assurance maladie est obligatoire. L'adhésion est basée sur l'activité professionnelle actuelle ou précédente. Il existe deux régimes principaux: un régime universel, sauf pour les travailleurs indépendants, et un régime pour les travailleurs indépendants (depuis 2008). L'assurance maladie obligatoire est gérée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, une institution publique rendant des comptes au ministre des affaires sociales et de la santé publique. Toutes les personnes admissibles à l'assurance maladie doivent s'inscrire auprès de l'une des caisses d'assurance maladie existantes, qui sont des organisations privées à but non lucratif. L'assurance maladie volontaire représente une petite part du marché.

Prestation des services

L'assurance donne accès à une gamme de quelque 8 000 services. Les soins ambulatoires sont généralement fournis contre un paiement immédiat des patients, qui seront plus tard remboursés par leur caisse d'assurance maladie. Pour les soins hospitaliers et les médicaments, les patients ne paient que le ticket modérateur, et les caisses d'assurance maladie paient directement les prestataires et fournisseurs (système du tiers payant).

Les médecins généralistes ne jouent pas le rôle de médecin référent et exercent généralement depuis leur cabinet en tant que professionnels indépendants. Les patients sont donc libres de choisir et peuvent accéder directement aux spécialistes et aux hôpitaux. En général, les urgences sont traitées dans des services hospitaliers de soins d'urgence primaires ouverts en permanence.

Les soins secondaires comprennent les soins aux patients dans les hôpitaux et dans des centres de jour. Les hôpitaux sont des organisations privées ou publiques à but non lucratif et sont classés en hôpitaux aigus, psychiatriques, gériatriques et spécialisés. Les soins de santé spécialisés sont prodigués par des professionnels, généralement organisés en tant que professionnels indépendants (à l'exception des infirmiers et des sages-femmes). La majorité (60 %) des hôpitaux sont des organisations privées à but non lucratif et appartiennent pour l'essentiel à des ordres religieux ou, dans une moindre mesure (5 %), à des caisses d'assurance maladie (Van Gyes, 2009); la plupart des hôpitaux publics sont la propriété de communes, de provinces, d'une communauté ou d'une association intercommunale¹⁰.



Le secteur pharmaceutique est réglementé au niveau fédéral. Les produits pharmaceutiques sont distribués exclusivement par des pharmacies d'officine ou des pharmacies hospitalières et prescrits par les médecins ou, dans la limite des services afférents à leur profession, les dentistes et les sages-femmes.

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé	C	Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	C,R
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé	C	Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	C
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	C	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	C

¹⁰ HOPE, profil de pays en ligne – Belgique: dernières informations datant de 2007.

Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	C	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	
Détermination de la répartition des ressources entre les régions	C	Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	
Fixation des méthodes de rémunération des médecins		Financement des dépenses courantes des hôpitaux	C
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	C	Fixation des objectifs de santé publique	C,R

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé¹¹

Les dépenses de soins de santé sont essentiellement financées par des sources publiques (71,3 % en 2006), les sources principales étant les cotisations de sécurité sociale et les impôts au niveau fédéral, régional et local. Les recettes des autorités fédérées et des pouvoirs locaux (1,5 % et 2,0 %, respectivement, des dépenses totales de santé en 2006) sont principalement destinées à des activités de prévention et de promotion de la santé.

En 2006, la part privée des dépenses totales de soins de santé était de 28,4 %, dont 23,3 % provenaient des interventions personnelles des patients et 5,1 % de l'assurance maladie volontaire.

¹¹ Gerkens et Merkur, 2010.

Références:

Gerkens S., Merkur S. (2010), [Belgium: Health system review](#). Health Systems in transition, 2010; 12(5):1–266. ISSN 1817–6127

Segaert S. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Belgique. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l’impact socio-économique des réformes de protection sociale

Van Gyes G. (2009), [Representativeness of the European social partner organisations: Hospitals – Belgium](#), EIROOnline

2.2.3 Bulgarie

Principales caractéristiques du système de soins de santé bulgare

► Partiellement décentralisé, avec des responsabilités de mise en œuvre et de financement déléguées aux pouvoirs locaux (municipalités)

► Fournit une couverture à quelque 92 % de la population grâce à l’assurance obligatoire; les Roms et les chômeurs permanents sont exclus du régime

► Financement mixte des dépenses de santé: par des recettes publiques provenant des cotisations à l’assurance maladie obligatoire et des impôts ainsi que par des sources privées (intervention personnelle des patients)

► Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système

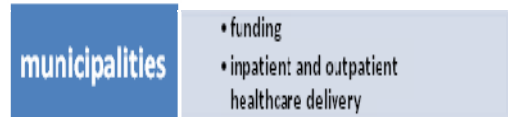
Au niveau central, le ministère de la santé est responsable de l’élaboration de la politique de santé, de la rédaction de la législation, de la planification sectorielle et de l’établissement des priorités, de l’organisation des soins d’urgence et des activités de santé publique. Il opère au niveau régional à travers 28 centres régionaux de la santé financés par le pouvoir central et 28 centres de soins de santé d’urgence indépendants. Le ministère de la santé exerce aussi un contrôle direct sur plusieurs hôpitaux nationaux et définit l’«ensemble des services médicaux garantis» auquel chaque assuré a un accès gratuit.

La Caisse nationale d’assurance maladie (CNAM), qui dépend du ministère de la santé, est une organisation publique à but non lucratif qui gère l’assurance maladie obligatoire: elle dispose d’agences au niveau régional (28 caisses régionales d’assurance maladie – CRAM) et de bureaux au niveau municipal. La CNAM est chargée de financer les soins de santé et d’y garantir l’accès aux assurés; en particulier, elle finance tous les soins ambulatoires et hospitaliers prodigués dans les établissements avec lesquels elle a signé une convention. La fourniture de services dans le cadre du système légal est, en fait, soumise à la conclusion de conventions entre les médecins et les établissements, d’une part,

et la CNAM/les CRAM, de l'autre. Les conditions contractuelles sont fixées dans la convention-cadre nationale adoptée chaque année qui définit par ailleurs les prestations garanties.



Depuis 1992, **les municipalités sont propriétaires d'hôpitaux locaux, de cliniques externes et d'autres établissements de soins de santé, une circonstance qui requiert également des responsabilités en matière de financement.** Les municipalités peuvent aussi détenir une part dans la propriété d'hôpitaux interrégionaux et régionaux, organisés en sociétés par actions.



Le système d'assurance maladie repose sur l'assurance obligatoire. Il est régi par la loi sur l'assurance maladie et est conçu comme un monopole d'État: «*Le choix d'une caisse d'assurance maladie met en équilibre les interrelations avec les prestataires de services de santé qui sont également associés et représentés par les organisations professionnelles des médecins et des dentistes. La loi ne prévoit pas de mécanisme de redistribution pour aplanir les risques, ce qui aurait été nécessaire dans le processus de fonctionnement de plusieurs caisses indépendantes.*» (site web de la CNAM) L'assurance est fondée sur la citoyenneté et la résidence; elle garantit aux assurés un accès gratuit à un ensemble de prestations, ainsi que la liberté de choisir n'importe quel prestataire de services ayant signé une convention avec les CRAM. Certains services nécessitent des copaiements ou une intervention personnelle. Certaines catégories de la population sont dispensées du paiement des cotisations, qui est couvert par les budgets nationaux et municipaux (par exemple les retraités, les bénéficiaires d'allocations de chômage, les étudiants de moins de 26 ans ou les jeunes de moins de 18 ans). La souscription d'une assurance maladie volontaire est possible.

Prestation des services

Les soins de santé primaires et ambulatoires ont été en grande partie privatisés et sont prodigués dans des cabinets privés et des cabinets de groupe. Les médecins généralistes jouent le rôle de médecin référent pour les soins spécialisés et secondaires.



Les soins hospitaliers sont dispensés dans des établissements de soins de santé généraux et spécialisés. Les hôpitaux peuvent être publics (détenus par l'État ou par les municipalités) ou privés. Dans ce dernier cas, si les hôpitaux n'ont pas signé de convention avec la CNAM, les patients doivent payer le prix intégral

des services ou être couverts par un régime d'assurance volontaire. En 1991, la pratique privée a été légalisée et, depuis lors, la privatisation des établissements de soins de santé a fortement progressé: en 2009, le pays comptait 103 hôpitaux privés (ASISP, 2010), contre 40 en 2004.

La loi de 1995 sur les produits pharmaceutiques et les pharmacies vendant des médicaments à usage humain régleme nte l'octroi de licences, la fabrication, la commercialisation en gros et la vente au détail de médicaments. Elle a jeté les bases de la restructuration et de la privatisation du secteur, en conséquence de laquelle la plupart des pharmacies sont aujourd'hui privées.

Financement et dépenses de soins de santé

Les dépenses de soins de santé sont caractérisées par un niveau élevé de financement privé. En 2005, les interventions personnelles des patients et les copaiements pour les services médicaux représentaient 41,6 % des dépenses totales de santé. Les recettes privées de l'assurance maladie volontaire jouent un rôle mineur. Le financement public représentait 57,5 % des dépenses totales de santé et provenait essentiellement des cotisations de sécurité sociale obligatoires, retenues à la source, et du budget de l'État et des budgets municipaux, qui couvrent les personnes incapables de cotiser¹².

Les recettes du budget central proviennent des impôts généraux (TVA, impôt sur le revenu, impôt sur les sociétés), tandis que les recettes des budgets municipaux sont issues de prélèvements locaux comme l'impôt sur les déchets et la taxe foncière (Georgieva *et al.*, 2007).

Références:

Commission européenne (2008): [The socio-economic impact of the Hospital Information System in National Heart Hospital-Sofia, Bulgaria](#)

Georgieva L. *et al.* (2007), Health Systems in Transition, vol. 9 n° 1, [Bulgaria: Health system review](#), Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

[Site web](#) de la CNAM

¹² Thomson S. *et al.* (2009).

2.2.4 Chypre

Principales caractéristiques du système de soins de santé chypriote

- ▶ Actuellement très centralisé, même si un processus de réforme en cours devrait entraîner une décentralisation
- ▶ Ne fournit pas encore de couverture universelle
- ▶ Le financement public des soins de santé provient des impôts généraux
- ▶ Part élevée de dépenses privées
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système

Chypre traverse un processus de réforme de son système national de santé, qui est programmé depuis 2001 mais qui n'a toujours pas été mis en œuvre. Les facteurs qui ralentissent actuellement le processus de réforme comprennent, entre autres, la récession provoquée par la crise financière et les contraintes budgétaires en résultant, et un débat sur la nécessité de restructurer les hôpitaux publics en tant qu'unités indépendantes. Cette réforme est jugée nécessaire pour remédier aux lacunes et inégalités importantes qui caractérisent le système actuel. Créé par la loi 89(I)/2001, l'Institut d'assurance maladie (OAU) est l'entité juridique publique chargée de la mise en œuvre du nouveau système de santé national.

La responsabilité globale de la protection sociale et des soins de santé incombe au Conseil des ministres. La fourniture des soins est réglementée par les lois générales de 2000 et de 2007 sur les organismes et services médicaux gouvernementaux. Le ministère de la santé, par l'intermédiaire du département des services médicaux et de santé publique, régit les organismes médicaux gouvernementaux et est responsable de l'organisation et de la fourniture des services de soins de santé.



Les services sont fournis par les services médicaux gouvernementaux, mis à disposition par les organismes médicaux gouvernementaux ou par le secteur privé. Les établissements de santé privés sont en fait en plein essor, quoique sans contrôle efficace ni coordination avec l'assistance publique. Environ 70 % de la population sont couverts par les soins de santé publics.

Prestation des services

Les services publics sont dispensés à travers un réseau d'hôpitaux, de centres de santé, de sous-centres et de dispensaires. Plus précisément, les soins de santé primaires publics sont dispensés «dans 4 services hospitaliers ambulatoires, 7 services ambulatoires de banlieue, 5 centres de santé urbains, 23 centres de santé ruraux et 274 sous-centres» (OMS, 2004). Les niveaux inférieurs de

l'administration coopèrent à des activités de mise en œuvre et de promotion, mais les fonctions d'organisation, d'administration et de réglementation restent au niveau central. Les soins de santé secondaires et tertiaires sont fournis dans quatre grands hôpitaux et centres spécialisés régionaux, en plus de trois petits hôpitaux ruraux. Les services privés sont dispensés par des médecins praticiens et dans des structures de soutien telles que les cabinets médicaux, les pharmacies, les laboratoires et les polycliniques. Le pays compte 105 petites cliniques privées, limitées aux zones urbaines, pour les soins hospitaliers, dont certaines offrent des services hautement spécialisés. Les patients sont libres de choisir leur prestataire de services: il n'y a pas de système de médecin référent en place.

La future réforme devrait unifier la prestation de services, à la fois par les prestataires privés et les prestataires publics, sur une base concurrentielle, d'où la nécessité de faire des hôpitaux des unités gérées de manière indépendante. Une fois mise en œuvre, la réforme devrait générer un certain degré de décentralisation.

Les soins pharmaceutiques sont assurés conformément à une liste approuvée de produits pharmaceutiques; les médicaments sont délivrés dans des pharmacies d'officine (430 privées et 35 publiques en 2006) et dans des pharmacies hospitalières publiques (8 en 2006).

Financement et dépenses de soins de santé

Les services de santé publics sont financés par les impôts généraux à travers le budget. La contribution des interventions personnelles pour certains services est limitée.

Certaines catégories de patients sont dispensées du paiement des prestations de services de santé publics: il s'agit entre autres des fonctionnaires de l'État et des agents publics (actifs ou retraités) et des personnes à leur charge, des familles comptant quatre enfants ou plus, des étudiants et des personnes appartenant à des catégories vulnérables en raison d'une maladie (maladie chronique, par exemple) ou de leur revenu. Des copaiements peuvent toutefois être demandés pour certaines des catégories précitées pour la fourniture de certains services.

Pour les personnes qui décident de consulter dans le secteur privé, les frais sont à leur charge; ceux-ci pourront être totalement ou partiellement couverts par des caisses médicales gérées par les syndicats ou les employeurs. Les dépenses de santé privées atteignent un niveau élevé (environ 60 % des dépenses totales).

En conséquence du processus de réforme, le système de santé publique sera financé par les cotisations à l'assurance maladie obligatoire.

Références:

[Site web](#) du ministère de la santé de la République de Chypre

[Site web](#) de l'Institut d'assurance maladie chypriote

Golna C. *et al.* (2004), [Health care systems in transition: Cyprus](#). Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS pour le compte de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Petmesidou M. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Chypre. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.5 République Tchèque

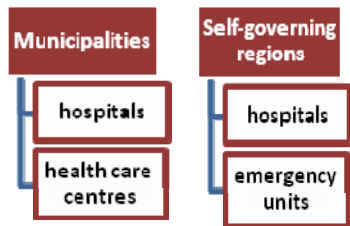
Principales caractéristiques du système de soins de santé tchèque

- ▶ Décentralisé, avec des responsabilités exercées par les autorités régionales (régions autonomes)
- ▶ Fournit une couverture universelle grâce à un régime d'assurance maladie obligatoire
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – cotisations au régime d'assurance
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système

Au niveau central, le ministère de la santé est compétent pour légiférer dans le domaine de la santé et mettre en œuvre les politiques correspondantes. Il joue également un rôle de supervision et d'administration directe de certains établissements et organismes de soins, dont les autorités régionales de la santé publique, l'Institut national de la santé publique et les instituts régionaux de la santé publique, responsables des activités scientifiques et épidémiologiques, de la recherche et de la vaccination. Conjointement au ministère des finances, le ministère de la santé supervise les caisses d'assurance maladie.

Plusieurs responsabilités en matière de soins de santé ont été déléguées aux 14 régions autonomes, dont l'enregistrement des établissements de soins de santé hospitaliers et des prestataires de



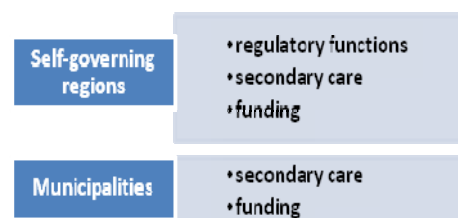
soins ambulatoires en cabinet privé et dans les polycliniques; en plus de ce rôle de réglementation, en 2003, la propriété de plusieurs hôpitaux et établissements de soins de santé (services d'urgence et établissements de soins de longue durée) détenus par l'État leur a été transférée. Plusieurs de ces hôpitaux ont été transformés en sociétés par actions détenues par

les régions, les autres restant des organisations publiques à but non lucratif. Dans le cadre de ce processus de décentralisation des établissements de soins, certains petits hôpitaux ont également été transférés aux municipalités.

D'autres acteurs clés du système comprennent les caisses d'assurance maladie, des organismes quasi publics et autonomes chargés de conventionner les prestataires de soins de santé. Le processus d'achat et les négociations connexes sont supervisés par le ministère de la santé. Le système de santé est basé sur l'assurance maladie sociale obligatoire via l'adhésion à l'une des dix (en 2009) caisses d'assurance maladie. Ces dernières interviennent en tant que payeur et acheteur des services de soins; elles sont tenues d'accepter tous les demandeurs, quel que soit le risque, et un système d'ajustement au risque s'applique donc lorsque les fonds mis en commun par l'assurance maladie sociale sont redistribués entre elles; en outre, ces caisses ne sont pas autorisées à faire des profits et doivent utiliser tout excédent qu'elles pourraient avoir pour financer des soins de santé. La responsabilité de la réglementation des soins primaires est partagée entre le niveau central, les régions et les caisses d'assurance maladie, étant donné que les régions, en tant que membres de commissions ad hoc, contribuent à formuler des recommandations sur la signature de conventions avec des prestataires; bien que ces recommandations ne soient pas contraignantes, elles sont généralement suivies par les caisses d'assurance maladie.

Prestation des services

L'assurance donne accès à un large éventail de services, des soins hospitaliers aux soins ambulatoires, en passant par les médicaments (sur ordonnance), la réadaptation, les cures thermales et certains soins dentaires. La population est libre de choisir sa caisse d'assurance et le médecin auprès duquel s'inscrire. Comme il n'existe pas de système de médecin référent, l'accès aux soins spécialisés est lui aussi libre. La plupart (95 %) des services fournis au niveau des soins primaires sont dispensés



par des professionnels qui travaillent en cabinet privé, même si ceux-ci louent parfois des installations dans des centres de santé ou des polycliniques. Les soins secondaires sont fournis dans les centres de soins de santé (généralement détenus par les municipalités), les polycliniques, les hôpitaux et les centres spécialisés ou par des professionnels privés. La propriété et la gestion des hôpitaux sont exercées par toute une série d'acteurs différents, de l'État aux régions et aux municipalités, en passant par des entités privées et des Églises. Les hôpitaux publics représentent plus des deux tiers du nombre total d'hôpitaux (en 2008, sur 192 hôpitaux de soins aigus, 25 étaient détenus par l'État, 66 par les régions et 28 par les municipalités).

Les pharmacies sont presque entièrement (99 %) détenues et gérées par le secteur privé, à l'exception des pharmacies appartenant à des hôpitaux publics. L'Institut national pour le contrôle des médicaments, qui relève du ministère de la santé, est responsable de la tarification et du remboursement des médicaments enregistrés.

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé	C	Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	C,R,L
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé	C	Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	C,R,L
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé		Financement de l'entretien des hôpitaux existants	C,R,L
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	C	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	C
Détermination de la répartition des ressources entre les régions		Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	C
Fixation des méthodes de rémunération des médecins		Financement des dépenses courantes des hôpitaux	C
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux		Fixation des objectifs de santé publique	C,R,L

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

Les dépenses publiques représentent la majorité des dépenses totales de santé (85,8 % en 2007). Les principales sources sont les cotisations à l'assurance maladie sociale, qui se divisent entre les cotisations obligatoires prélevées sur les traitements et salaires (partagées entre les salariés et les employeurs) et celles versées par les travailleurs indépendants (sur la base de leur bénéfice) et la contribution de l'État au nom des catégories de personnes économiquement inactives. Les autres sources de dépenses publiques, qui représentaient 7,4 % des dépenses totales de santé en 2007, sont le budget de l'État et les budgets régionaux et municipaux. Ces budgets sont financés par des impôts généraux (TVA, impôts sur le revenu et le patrimoine, accises), principalement pour des investissements de capitaux dans des établissements ou pour des subventions.

En 2007, les dépenses privées représentaient 14,2 % des dépenses totales de santé. Les principales sources étaient les interventions personnelles des patients pour les copaiements concernant des services et des médicaments ou pour l'achat de médicaments en vente libre. L'assurance maladie volontaire représente un petit marché.

Référence:

Bryndová L. *et al.* (2009), [Czech Republic: Health System Review](#). Health System in Transition, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

2.2.6 Danemark

Principales caractéristiques du système de soins de santé danois

- ▶ Décentralisé, avec un rôle significatif joué par les collectivités régionales et locales (municipales), ces dernières également sur le plan financier
- ▶ Fournit une couverture universelle gratuite au point de service
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – impôts nationaux et locaux
- ▶ Prestation de services essentiellement publique

Structure du système

Au niveau central, le ministère de la santé et de la prévention est compétent pour légiférer dans le domaine de la santé et mettre en œuvre les politiques correspondantes. Il formule également des lignes directrices nationales pour la fourniture des soins de santé, surveille et facilite l'échange d'expériences et d'informations, et administre les incitations économiques et les paiements basés sur l'activité.



Les cinq régions sont responsables de la gestion des hôpitaux et de l'administration des soins de santé primaires, la prestation des services pouvant être adaptée en fonction des installations et des besoins régionaux, quoique toujours dans un cadre général fixé au niveau central. **Les 98 municipalités ont plusieurs responsabilités dans le domaine de la santé**, des soins de santé publics, avec l'administration locale des services de soins de santé primaires, aux soins infirmiers à domicile, à la prévention et à la réadaptation, ainsi qu'au financement. Elles sont également responsables de la plupart des services sociaux, y compris le soutien aux personnes âgées.

Prestation des services

Les médecins généralistes jouent le rôle de médecin référent pour les soins secondaires, de sorte qu'une recommandation est nécessaire pour un traitement hospitalier et un traitement par



des spécialistes, mais pas pour les soins d'urgence. Toute personne de plus de 16 ans a le droit de décider d'appartenir au «groupe 1» ou au «groupe 2» de patients. Le groupe par défaut, auquel la majorité de la population appartient (98,5 % en 2007), est le «groupe 1»; chacun est libre de choisir un médecin généraliste exerçant à moins de 10 km de son domicile et a un accès gratuit à des services généraux préventifs, diagnostiques et curatifs. Appartenir au «groupe 2» permet de consulter tout médecin généraliste et tout spécialiste sans recommandation d'un médecin; les frais encourus sont subventionnés par le système public jusqu'à concurrence des coûts d'un patient du groupe 1, le reste étant à la charge de l'assuré du groupe 2. La plupart des professionnels de la santé sont indépendants et payés par les régions selon des conventions collectives conclues entre les régions et les syndicats professionnels.

Les soins secondaires sont dispensés dans les hôpitaux, dont la plupart sont détenus et exploités par les régions. Les patients peuvent se rendre dans les hôpitaux d'autres régions disposant d'unités hautement spécialisées sur la base de conventions interrégionales dont l'objectif est de rendre les traitements hospitaliers spécialisés disponibles pour tous. Les régions peuvent également diriger les patients vers un traitement à l'étranger et prendre les frais à leur charge. Si le temps d'attente pour un traitement dépasse un mois, les patients ont le droit d'être traités dans un hôpital privé ou à l'étranger. Les hôpitaux privés, surtout spécialisés, sont utilisés par le système public sur la base d'accords avec les régions.



Enquête de l'OCDE

Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé		Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	C,L
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé		Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	C,L
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	L	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	C,L
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	C,R,L	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	C,L
Détermination de la répartition des ressources entre les régions		Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	C,L
Fixation des méthodes de rémunération des médecins	C,R	Financement des dépenses courantes des hôpitaux	C,L
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	C,R	Fixation des objectifs de santé publique	C

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

Les services de santé publics sont financés par une taxe de cotisation aux soins de santé qui correspond à 8 % du revenu imposable. Au niveau régional, le financement du niveau central est complété par des ressources collectées localement. La plus grande partie du financement provient d'une dotation globale de l'État (environ 77 % du total); le niveau central contribue également par une subvention liée aux activités (3 % du total), destinée à encourager les activités dans les hôpitaux. Les 20 % restants du financement total des soins de santé sont recueillis localement grâce à une contribution de base (8 %) et à une contribution liée aux activités (12 %) (Kvist, 2010). La contribution de base est une somme forfaitaire facturée à chaque citoyen et déterminée par la région; la contribution liée aux activités dépend du niveau d'utilisation par les citoyens des services de santé régionaux et est donc liée aux hôpitaux et à la médecine générale. Quelque 50 % de la contribution liée aux activités sont redistribués par les régions aux hôpitaux.

Les dépenses de santé publiques représentent 84 % des dépenses totales de santé, le reste étant constitué de dépenses privées sous forme d'interventions personnelles des patients pour des médicaments et des soins dentaires.

Références:

Ministère de la santé et de la prévention (2008), [Health Care in Denmark](#)

Kvist J. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Danemark. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.7 Estonie

Principales caractéristiques du système de soins de santé estonien

- ▶ Responsabilité centrale, la prestation des services étant dévolue à des entités privées qui peuvent être partiellement ou totalement détenues par l'administration publique (État ou municipalités)
- ▶ Large couverture (95 %) grâce à une assurance obligatoire solidaire
- ▶ Financement essentiellement public – impôts spéciaux via les cotisations à l'assurance maladie obligatoire
- ▶ La prestation des services a été en grande partie privatisée, c'est-à-dire déléguée à des personnes physiques ou morales de droit privé indépendantes comme des sociétés à responsabilité limitée (à but lucratif) ou des fondations (à but non lucratif)

Structure du système

Le système de soins de santé est géré par le ministère des affaires sociales. La structure organisationnelle du système se compose de plusieurs organismes, dont, entre autres, diverses agences relevant du ministère des affaires sociales, la Caisse estonienne d'assurance maladie (CEAM), en tant qu'organisme de droit public indépendant, des hôpitaux et unités privées de soins primaires établis comme des sociétés à responsabilité limitée ou des fondations, mais, surtout, détenus ou contrôlés par l'intermédiaire de conseils de surveillance par les pouvoirs locaux, et diverses organisations non gouvernementales et associations professionnelles.

Les responsabilités en ce qui concerne le financement et la gestion des services de santé publics relèvent du niveau central. Le ministère des affaires sociales, structuré en quatre grands départements (soins de santé, santé publique, information et analyse sur la santé, et santé en ligne), est chargé de la formulation, de la réglementation, de la planification et du suivi des politiques de santé et de soins de santé, ainsi que de la réglementation et du financement des services d'ambulance et des services de soins d'urgence pour les personnes non assurées. La CEAM (*Haigekassa*) rend des comptes au ministère des affaires sociales par l'intermédiaire du président de son conseil de surveillance.



Ce conseil est l'organe directeur de la CEAM, et comprend 15 représentants de l'État, des organisations patronales et des organisations d'assurés; il approuve les plans de développement quadriennaux, les budgets annuels, les rapports et les critères pour la sélection des prestataires de services de santé. La CEAM exerce des responsabilités de mise en œuvre car elle recueille et distribue des fonds, passe des contrats avec les prestataires de services de santé (en tant que principal acheteur), paie pour les services de santé, rembourse les dépenses pharmaceutiques, vérifie la qualité des services fournis et verse les prestations. Au niveau des comtés, les gouvernements de comté, qui représentent l'État à l'échelle régionale, sont responsables de la planification, de la supervision et de la gestion des soins de santé primaires dans le comté.

Le rôle des pouvoirs locaux (municipalités) dans l'organisation et le financement des services de santé est essentiellement volontaire car, depuis 2001, ils n'ont plus l'obligation de financer ou de fournir des services de soins de santé, mais, par exemple, certaines municipalités continuent à fournir le remboursement partiel des médicaments et des soins infirmiers pour les ménages à faible revenu et les personnes âgées.

La fourniture des soins de santé a été presque entièrement privatisée et déléguée à des prestataires autonomes, qu'il s'agisse de personnes physiques ou de personnes morales de droit privé comme des sociétés à responsabilité limitée (à but lucratif) ou des fondations (à but non lucratif). L'État et les municipalités peuvent posséder et gérer de telles entités, qui sont, dans ce cas, considérées comme des institutions publiques. En outre, depuis 2008, une modification de la loi portant organisation des services de santé permet aux municipalités d'établir ou de détenir des cabinets de médecine familiale. Les médecins de famille sont des entrepreneurs privés ou des salariés de sociétés privées offrant des services de soins primaires.



Le système d'assurance maladie est obligatoire pour tous les résidents; il couvre quelque 95 % de la population. Les assurés reçoivent des prestations en espèces et en nature de la CEAM, comme des prestations de maternité et de maladie, d'autres indemnités ou des remboursements partiels forfaitaires pour les soins dentaires (prestations en espèces), ou des services de santé préventifs et curatifs (prestations en nature), qui peuvent toutefois être soumis à des copaiements.

Prestation des services

Les soins primaires sont dispensés par les médecins de famille, qui sont tenus de travailler avec au moins un infirmier; la zone de service de chaque médecin de famille est déterminée au niveau du comté.

County governments	• primary care planning, supervision and administration
Municipalities	• secondary care • funding

Les citoyens sont libres de choisir le médecin de famille auprès duquel s'inscrire; les médecins de famille jouent le rôle de médecin référent pour les soins secondaires, même si l'accès à certains soins spécialisés est possible sans recommandation d'un médecin.

Les soins spécialisés et les soins hospitaliers (soins secondaires et tertiaires) sont juridiquement distincts des soins de santé primaires. Le réseau hospitalier est organisé à différents niveaux ou en fonction des types d'hôpitaux. À la fin 2006, le pays comptait 55 hôpitaux, à savoir: 18 petits hôpitaux locaux et généraux, généralement au moins un par comté, qui fournissent des soins de traitement ordinaires, 4 hôpitaux centraux desservant jusqu'à 200 000 habitants, 3 hôpitaux régionaux desservant jusqu'à 500 000 habitants, 7 petits hôpitaux spécialisés, 3 hôpitaux de réadaptation, et 20 hôpitaux de soins infirmiers situés dans les grandes villes ou dans les centres de comté. La plupart des hôpitaux sont gérés ou détenus par des pouvoirs publics (autorités nationales ou locales).

Les soins médicaux d'urgence sont dispensés par les services d'ambulance du pays. Les médicaments ne peuvent être distribués que par des pharmacies privées, dont la plupart appartiennent à des chaînes de pharmacies. La politique pharmaceutique relève de la responsabilité du ministère des affaires sociales, qui intervient également dans les décisions de planification, de tarification et de remboursement, tandis que l'Agence nationale des médicaments s'occupe des permis, de la classification des médicaments et de la vigilance.

Financement et dépenses de soins de santé

Les soins de santé sont principalement financés par des cotisations à la CEAM qui prennent la forme d'une taxe sociale spéciale prélevée sur les traitements et salaires payée par les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants, ce qui fait que les recettes dépendent de la seule contribution des travailleurs. Étant donné que les autres catégories sont «subventionnées» par la population active, le système est considéré comme reposant sur une forte composante de solidarité.

Les autres sources publiques de financement des soins de santé provenant des impôts généraux comprennent les contributions de l'État (du ministère des

affaires sociales pour les soins d'urgence aux personnes non assurées, les services d'ambulance et les programmes de santé publique) et celles des municipalités, qui couvraient en 2006 9,4 % et 1,8 % des dépenses totales de santé, respectivement.

Un quart de toutes les dépenses sont privées, essentiellement représentées par des interventions personnelles des patients pour le copaiement des soins pharmaceutiques et des soins dentaires et, dans une moindre mesure, la souscription d'une assurance maladie volontaire.

Références:

[Site web](#) de la Fédération syndicale européenne des services publics

Koppel A. *et al.* (2008), Health Systems in Transition, vol. 10 n° 1, [Estonia: Health system review](#), Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Võrk A. *et al.* (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Estonie. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.8 Finlande

Principales caractéristiques du système de soins de santé finlandais

- ▶ Très décentralisé, avec un rôle important joué par les pouvoirs locaux (municipalités)
- ▶ Fournit une couverture grâce à un régime d'assurance maladie obligatoire pour tous les citoyens
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – impôts généraux, y compris les taxes municipales, et assurance maladie nationale
- ▶ Prestation de services mixte en raison de démarches différentes suivies par les municipalités pour l'achat/la fourniture des services

Structure du système

Au niveau central, le ministère des affaires sociales et de la santé est responsable de la politique de santé et de la fixation d'objectifs de développement généraux. Le cadre législatif est aussi fixé au niveau national et plusieurs programmes sont entrepris par les autorités centrales pour soutenir le développement local et régional ainsi que la restructuration du système de santé en encourageant la fusion et le partenariat entre les municipalités en vue d'une prestation plus efficace des services.

Les services sociaux et sanitaires des cinq administrations provinciales (bureaux provinciaux de l'État) prodiguent des conseils aux



prestataires de soins de santé municipaux et privés, et jouent également un rôle de supervision. Toutefois, en vertu de la loi sur les soins de santé primaires de 1972, **la responsabilité de la fourniture des soins de santé relève des municipalités** (348 au début de 2009) et, à cette fin, chaque municipalité doit disposer d'un centre de santé offrant des services de santé primaires. La protection sociale est aussi déléguée au niveau municipal.

Le système de soins de santé municipal dispense des soins de santé primaires et spécialisés, ces derniers étant régis par la loi sur les soins médicaux spécialisés. Les soins primaires sont fournis dans des centres de santé qui contrôlent les hôpitaux et les postes sanitaires municipaux. Les modalités de la prestation des services sont déterminées par chaque municipalité et peuvent aller de l'emploi direct de spécialistes de la santé dans les centres de santé à la sous-traitance de la fourniture des services à des prestataires privés ou à des organisations à but non lucratif, en passant par le recours à des entreprises privées pour le recrutement des professionnels qui travaillent dans les centres de santé. Pour les soins primaires et, en particulier, secondaires, des processus de regroupement ont également eu lieu. Bien que les soins primaires soient généralement fournis par les municipalités ou des fédérations de municipalités dans des centres de santé communs, les services spécialisés sont organisés par 20 fédérations de municipalités correspondant à 20 circonscriptions hospitalières, dont la zone de desserte oscille entre 65 000 et 1,4 million d'habitants. Les circonscriptions hospitalières sont financées et gérées par les municipalités membres (le nombre de membres par circonscription varie entre 6 et 58) et sont regroupées en cinq régions de soins tertiaires autour d'hôpitaux d'enseignement de niveau universitaire.

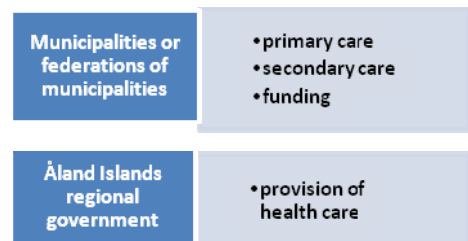


Deux autres systèmes existent, outre le système de soins de santé municipal: i) un système de soins de santé privé, courant dans les zones urbaines et financé par les utilisateurs, au moyen d'interventions personnelles, et par des fonds publics, par l'intermédiaire du système de l'assurance maladie nationale, et ii) un système de soins de santé professionnel, qui découle de l'obligation des employeurs de fournir aux salariés des services de premiers soins et des services de santé préventifs et qui est ensuite devenu, en particulier au sein des grandes entreprises et des entreprises de taille moyenne, un service plus étendu, englobant des soins ambulatoires curatifs, soutenu financièrement par les cotisations obligatoires des employeurs (contribution de deux tiers) et des salariés (contribution d'un tiers) à la réserve d'assurance revenu de l'assurance maladie nationale. Dans la région autonome des îles Åland, le gouvernement régional est responsable de la fourniture des soins de santé.

En tant que système obligatoire, l'assurance maladie nationale couvre tous les citoyens: elle est gérée par l'Institution d'assurance sociale sous l'autorité du Parlement et est financée par les employeurs, les assurés (via des primes d'assurance fondées sur le revenu) et l'État.

Prestation des services

En théorie, il est possible de choisir entre trois systèmes de santé, mais, dans la pratique, le système privé exige un paiement et le système professionnel est destiné aux salariés uniquement. La majorité de la population est donc couverte par le système municipal, dans lequel les patients doivent consulter dans le centre de santé de la municipalité à laquelle ils appartiennent; dans ce centre, ils auront la possibilité de choisir un médecin. Parmi les services fournis par ces centres figurent: des soins médicaux ambulatoires, des soins hospitaliers, des services de prévention, des soins dentaires, des soins de maternité, des soins de santé pour jeunes, des soins de santé à l'école, des soins d'urgence, des soins pour personnes âgées, des services de planification familiale, des services de réadaptation et des services de médecine du travail. Il n'existe pas d'ensemble de prestations. Certains de ces services sont gratuits, d'autres exigent le paiement d'interventions personnelles. L'accès aux soins dans les circonscriptions hospitalières nécessite une recommandation d'un médecin agréé, soit travaillant dans le centre de santé, soit travaillant pour son compte, soit fournissant des services de médecine du travail.



Le système de santé municipal et le niveau élevé d'autonomie dont bénéficient les municipalités pour l'organisation des services entraînent des inégalités géographiques dans la manière dont les services sont fournis dans le pays.

Le secteur pharmaceutique est réglementé par l'Agence nationale des médicaments, qui relève du ministère des affaires sociales et de la santé. Les médicaments ambulatoires ne peuvent être vendus que par les pharmacies; ils sont partiellement remboursés par l'assurance maladie nationale, le remboursement étant versé directement aux pharmacies. Les pharmacies appartiennent aux pharmaciens.

Enquête de l'OCDE

Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé	L	Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	L
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé		Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	L
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	L	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	L
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	L	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	L
Détermination de la répartition des ressources entre les régions		Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	L
Fixation des méthodes de rémunération des médecins	L	Financement des dépenses courantes des hôpitaux	L
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	L	Fixation des objectifs de santé publique	C,L

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

En 2005, les municipalités ont financé 40 % du total des coûts des soins de santé; 21 % ont été financés par l'État, 17 % par l'assurance maladie nationale et 22 % par des sources privées (Magnussen J. *et al.*, 2009).

Le financement municipal est généré par des impôts, et en particulier par une taxe municipale sur le revenu allant de 16 % à 21 % du revenu imposable, en fonction de la municipalité, et une taxe foncière. En outre, les municipalités reçoivent des subventions du gouvernement central couvrant environ 25 à 30 % de leurs dépenses pour les services de santé et facturent des frais d'utilisation aux utilisateurs des services. Au niveau central, les fonds sont collectés essentiellement par les impôts (impôt sur le revenu, TVA, impôt sur les sociétés, etc.) Les dépenses privées sont composées principalement d'interventions personnelles des patients.

Les soins de santé privés et les services de médecine du travail sont partiellement financés par l'assurance maladie nationale. Ce financement couvre également les médicaments ambulatoires, les indemnités (congés de maladie et de maternité) et les coûts de transport de l'assuré. Des assurances maladie volontaires sont souscrites pour couvrir les interventions personnelles.

Références:

Vuorenkoski L. (2008), [Finland: Health System Review](#). Health Systems in Transition, 2008; 10(4): 1–168, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Kivelä S. et Vidlund M. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Finlande. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

Magnussen J. *et al.* (2009), [Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges](#), Open University Press, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

2.2.9 France

Principales caractéristiques du système de soins de santé français

► Centralisé, quoique structuré au niveau territorial (régional et départemental) et quelques fonctions étant exercées par les pouvoirs locaux, en particulier en ce qui concerne le soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées

► Fournit une couverture universelle sur la base du statut de résident par l'assurance maladie obligatoire et, pour les plus pauvres, la couverture maladie universelle

► Financement essentiellement public (pour les trois quarts) des soins de santé – cotisations basées sur le revenu et impôts

► Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système

Le système de soins de santé est organisé au niveau local ainsi qu'au niveau national, et des responsabilités financières sont déléguées au système d'assurance maladie/de sécurité sociale. La politique de santé et la réglementation dans ce domaine relèvent principalement de la responsabilité de l'État et de l'assurance maladie obligatoire (AMO). L'administration de la santé et des affaires sociales et ses quatre directions tombent sous la responsabilité de différents ministères, à savoir le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, responsable de la politique de santé et de la gestion des ressources pour la fourniture des soins de santé, et le ministère des finances, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État et le ministère du travail, de la solidarité et des services publics, responsables conjointement des questions financières et de la supervision de l'AMO. D'autres responsabilités au niveau central comprennent: la réglementation sur la qualité des soins, la répartition des dépenses inscrites au budget, l'éducation médicale, l'approbation des accords conclus entre l'AMO et



les syndicats, la fixation des prix pour les procédures médicales et les médicaments. Depuis 2009 et l'introduction de la loi «Hôpital, patients, santé et territoire», l'administration de la santé et des affaires sociales est représentée au niveau régional par les agences régionales de santé (ARS). Les ARS sont responsables de la planification, de la fourniture et du financement des soins de santé au niveau régional et départemental. Elles sont des filiales de l'État, mais conservent néanmoins leur autonomie. L'organisme intermédiaire entre l'État et les ARS est le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Par ailleurs, au niveau départemental, les ARS opèrent par l'intermédiaire de délégations locales.



Les autorités régionales, par l'intermédiaire du conseil de surveillance, présidé par le préfet de région, approuvent le budget et les dépenses de leur ARS et peuvent également intervenir dans le principal outil de planification des capacités

régionales, à savoir le plan stratégique régional de santé (PSRS). Des commissions, incluant des représentants des pouvoirs locaux, jouent un rôle consultatif auprès de l'ARS; les conseils généraux au niveau des départements participent à la planification des services de soins de santé et des services sociaux pour les personnes âgées et les personnes handicapées. En particulier, les services de soins de santé et services sociaux suivants relèvent de la responsabilité du conseil général, au niveau départemental: i) les établissements et services de soins de santé et de services sociaux pour les personnes âgées et les personnes handicapées, ii) le soutien financier des personnes à faible revenu ou des catégories vulnérables, y compris en ce qui concerne le financement de l'aide à domicile et des soins de longue durée, iii) la protection des enfants à travers la gestion des centres de santé maternelle et infantile, iv) la prévention des maladies, et v) l'hygiène et la santé publique.

L'AMO est composée de plusieurs régimes de santé, les principaux étant: i) le régime général, qui couvre les salariés de l'industrie et du commerce et leur famille (quelque 87 % de la population) et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (quelque 2 % de la population), c'est-à-dire les plus pauvres, indépendamment de leur statut en matière d'emploi, ii) le régime agricole, pour les agriculteurs, les travailleurs agricoles et leur famille (quelque 6 % de la population), et iii) le régime des travailleurs indépendants (quelque 5 % de la population). Chaque régime dispose d'une caisse d'assurance nationale, structurée à l'échelle territoriale; par exemple, le régime général est composé de caisses régionales et locales, aux responsabilités de remboursement différentes. Une fédération commune au niveau des négociations représente les trois principaux régimes auprès des prestataires de services. Chaque personne appartient à un seul des régimes existants.

Prestation des services

Les soins de santé sont dispensés par des prestataires publics et privés. Les soins primaires sont principalement fournis en milieu ambulatoire, par des professionnels indépendants. Ces professionnels ne jouent pas nécessairement le rôle de médecin référent, bien que des mesures d'incitation aient été adoptées pour tenter d'encourager cette pratique. Les soins secondaires peuvent être fournis en milieu ambulatoire ou dans les hôpitaux; les hôpitaux peuvent être publics ou appartenir à des organisations à but non lucratif ou à but lucratif, bien que l'État conserve un rôle de surveillance, y compris pour les hôpitaux privés, qui doivent respecter des normes de qualité et être régulièrement certifiés. Les hôpitaux publics sont des entités autonomes, qui gèrent indépendamment leur budget; le directeur de l'hôpital assume des responsabilités de direction tandis que le conseil d'administration de l'hôpital, qui peut être composé de représentants de l'État, des collectivités locales, du personnel hospitalier, etc., ne joue qu'un rôle de définition de la stratégie et de surveillance.

Les prestataires sont payés par l'AMO ou directement par les patients, qui sont ensuite remboursés sur la base de tarifs réglementaires arrêtés par la négociation et approuvés par l'État. L'AMO couvre, en moyenne, 75 % d'un ensemble de prestations de base, le reste étant pris en charge soit par une assurance maladie privée, soit par des interventions personnelles des patients.

Les médicaments sont délivrés par des pharmaciens indépendants; les prix sont fixés de manière centrale et administrative pour tous les médicaments couverts par l'AMO.

Enquête de l'OCDE

Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé	C	Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé		Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé		Financement de l'entretien des hôpitaux existants	
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins		Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	
Détermination de la répartition des ressources entre les régions	C	Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	
Fixation des méthodes de rémunération des médecins	C	Financement des dépenses courantes des hôpitaux	
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	C	Fixation des objectifs de santé publique	

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

La responsabilité du financement de la santé revient à l'AMO, qui a financé quelque trois quarts des dépenses totales de santé en 2007. Le reste a été couvert par des sources complémentaires comme des financements de l'État (5 %), l'assurance maladie volontaire (13 %, correspondant à une couverture de quelque 88 % de la population) et les interventions personnelles des patients (7 %). Les ressources de l'AMO proviennent essentiellement de cotisations des employeurs et des salariés fondées sur le revenu et, dans une moindre mesure, de contributions de l'industrie pharmaceutique, du bénéfice des sociétés dont le chiffre d'affaires dépasse un certain niveau, du budget de l'État et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, consacrée au financement des services de santé et des services sociaux pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Cette dernière catégorie de services est aussi financée par la contribution financière des collectivités locales et des conseils généraux.

Référence:

Chevreur K. *et al.* (2010), [France: Health system review](#). Health Systems in Transition, 2010; 12(6): 1–291, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

2.2.10 Allemagne

Principales caractéristiques du système de soins de santé allemand

► Décentralisé, avec plusieurs compétences déléguées au niveau des États (*Länder*) et un rôle important joué par les organisations de la société civile (caisses d'assurance maladie et associations

de médecins)

► Fournit une couverture universelle grâce à l'assurance maladie obligatoire et privée

► Les dépenses de santé sont principalement financées par des fonds publics – par les cotisations de sécurité sociale et les impôts – et complétées par des paiements privés

► Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système

Au niveau central, l'Assemblée fédérale, le Conseil fédéral et le ministère fédéral de la santé sont responsables des fonctions législatives et de contrôle. Le cadre juridique fédéral régit la gouvernance, les services devant être fournis et les mécanismes de financement du système de santé. L'élaboration des politiques de soins de santé est **partagée entre le gouvernement fédéral, les *Länder*** et un grand nombre d'organisations de la société civile. Ces dernières sont des organismes autonomes représentant les diverses caisses d'assurance maladie et les associations de médecins, c'est-à-dire les payeurs et les prestataires. La fourniture des soins de santé est déterminée dans une grande mesure par les comités mixtes de ces organisations au niveau fédéral et régional. Ces comités mixtes sont régis au niveau fédéral par le Comité mixte fédéral (*Gemeinsamer Bundesausschuss*, ou G-BA), dont les décisions déterminent: les services qui sont payés par l'assurance maladie obligatoire, les exigences types pour la mise en œuvre des lois fédérales en matière de fourniture de services, et l'adoption des mesures de gestion de la qualité.



Les 16 *Länder* sont chargés de la fourniture des soins hospitaliers. En particulier, leurs responsabilités en matière de soins de santé comprennent la

Länder

- health policy making
- hospital care (planning, funding)

planification hospitalière, l'investissement pour le financement des hôpitaux, la prévention des maladies et de la toxicomanie, et la vaccination. Les *Länder* sont également responsables de l'éducation médicale et de la fourniture des services de santé publics tels que la prévention des maladies transmissibles ou l'hygiène de l'environnement, même si ces tâches ont pour la plupart été déléguées au niveau local (municipalités). Les activités de santé publique sont coordonnées au niveau des *Länder* par le Groupe de travail des hauts responsables de la santé et la Conférence des ministres de la santé; en outre, les *Länder* partagent des institutions communes, par exemple pour la formation des médecins.

Depuis 2009, l'assurance maladie est obligatoire. Les personnes sont couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) sur la base de leur revenu (quelque 88 % de la population étant couverts par l'AMO). Les hauts revenus peuvent choisir d'être couverts par l'assurance maladie privée (AMP), qui s'applique également aux fonctionnaires et aux travailleurs indépendants (quelque 10 % de

la population étant couverts par l'AMP). Des régimes spéciaux s'appliquent à d'autres catégories, comme les soldats et les policiers. Au mois de mars 2010, une couverture était fournie par quelque 169 caisses d'assurance maladie quasi publiques pour l'AMO et 46 compagnies d'assurance privées pour l'AMP, bien que ces chiffres évoluent continuellement, le marché étant compétitif.

Prestation des services

L'AMO prévoit un ensemble complet de prestations comprenant, entre autres, les services de prévention, les soins hospitaliers et ambulatoires, les soins dentaires, la réadaptation et les médicaments prescrits. Les soins de longue durée sont couverts par un régime d'assurance obligatoire distinct.



Les soins ambulatoires (primaires et secondaires) sont dispensés dans des cabinets privés ou dans des centres de soins ambulatoires de type polyclinique et comprennent les soins généralistes et des soins spécialisés. Il n'y a pas de système de recommandation et les patients peuvent choisir le médecin qu'ils préfèrent. Les soins hospitaliers sont dispensés dans des hôpitaux publics et privés. Le nombre d'hôpitaux à but lucratif est en augmentation, principalement du fait de l'acquisition des hôpitaux publics, les politiques visant à obtenir ou à attirer de nouveaux investissements de capitaux dans le secteur et à réduire les dépenses de santé. Le pays compte aussi de nombreuses organisations à but non lucratif qui participent à la fourniture des soins de santé. Les hôpitaux publics peuvent appartenir aux *Länder*, aux pouvoirs locaux ou à leurs associations¹³.

Les médicaments sont délivrés par des pharmacies hospitalières, institutionnelles et, en particulier, publiques, ces dernières étant souvent détenues et exploitées à titre privé par des pharmaciens indépendants.

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé		Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	R
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé		Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	C	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	C	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	
Détermination de la répartition des	C	Financement des spécialistes dans	

¹³ HOPE, profil de pays en ligne – Allemagne: dernières informations datant de 2007.

ressources entre les régions		les soins ambulatoires	
Fixation des méthodes de rémunération des médecins		Financement des dépenses courantes des hôpitaux	
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	C	Fixation des objectifs de santé publique	L

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

En 2006, les sources publiques ont représenté 77 % des dépenses totales de santé, le reste provenant de sources privées.

Les sources publiques du système de santé comprennent les cotisations à l'assurance maladie obligatoire (cotisations basées sur l'emploi pour les employeurs et les salariés, allocations de chômage pour les chômeurs et montant forfaitaire du gouvernement par habitant chômeur de longue durée) et des subventions fédérales provenant des impôts. Les sources privées incluent les cotisations à l'assurance maladie privée et les interventions personnelles des patients, étant donné que certains des services prévus dans l'ensemble des prestations nécessitent un copaiement de la part des patients.

Plus d'un quart des dépenses totales de santé est alloué au secteur hospitalier; les coûts d'exploitation des hôpitaux sont financés par des contributions des caisses d'assurance maladie et des assureurs privés (calculées sur une base quotidienne), tandis que les dépenses en capital sont financées par le budget de l'État.

Références:

Schmähl W. *et al.* (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Allemagne. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

Busse R. et Riesberg A. (2004), Health Systems in Transition, [Allemagne](#), Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

2.2.11 Grèce

Principales caractéristiques du système de soins de santé grec

- ▶ Très réglementé au niveau central, quoique structuré au niveau territorial (régional)
- ▶ Théoriquement universel, mais, dans la pratique, le système ne l'est pas encore totalement
- ▶ Financement des soins de santé public – par l'assurance sociale et les impôts – et privé
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système

Le financement et la prestation des services sont assurés par un système mixte, comprenant un service de santé national (SSN), une assurance maladie basée sur l'emploi et des prestataires privés. L'existence de nombreux acteurs différents et l'absence d'un mécanisme efficace de coordination se traduisent par des inégalités dans la prestation et le financement des services.

Au niveau central, le ministère de la santé et de la solidarité sociale est responsable de la réglementation, de la planification et de la gestion du SSN, y compris de l'allocation des ressources et des fonds aux priorités définies au niveau national, ainsi que de la réglementation du secteur privé, tandis que le ministère de l'emploi et de la protection sociale est responsable du système d'assurance sociale. Celui-ci englobe plusieurs caisses d'assurance et une variété de régimes, avec quelque 30 organismes d'assurance sociale, dont beaucoup sont administrés comme des entités publiques mais opèrent au sein de cadres réglementaires différents et sur la base de différents niveaux de cotisation, de couverture, de prestations et de critères d'accès à ces prestations. Le système d'assurance sociale comprend un grand nombre de caisses. L'adhésion à une caisse d'assurance sociale est obligatoire pour la population active occupée (employeurs et salariés), la caisse étant déterminée par le type de profession.

Plusieurs organisations et institutions dépendent du ministère de la santé et de la solidarité sociale: les administrations de la santé au niveau régional (administrations régionales de santé) et le Centre national pour les soins d'urgence, qui compte également des antennes régionales. Au niveau central, d'autres organismes participent à la gouvernance et à la réglementation du secteur, dont le Conseil central des régions de santé, qui joue un rôle de coordination en ce qui concerne les politiques des administrations régionales de santé et veille à leur coopération avec le ministère de la santé. Le ministère de la santé et de la solidarité sociale est structuré autour de cinq directions, dont deux sont responsables de la santé publique et de la solidarité sociale et supervisent les directions régionales et les directions préfectorales. La direction des services de santé supervise les administrations régionales de santé, lesquelles, à leur tour, sont responsables des centres de santé et des hôpitaux publics. Les directions régionales de la santé publique sont responsables de la fourniture des services de santé au niveau régional et au niveau local, dans ce dernier cas par l'intermédiaire des services de la santé publique. Sur le plan administratif, les directions régionales appartiennent à l'administration régionale de santé.



Le pays compte sept administrations, chacune étant chargée, dans sa zone de compétence, de coordonner et de mettre en œuvre les politiques dans le domaine

de la santé, d'élaborer des plans d'activités, d'organiser les établissements de santé et de décider de leurs actifs, de gérer le personnel de santé et de préparer, d'approuver et de suivre les budgets et leur mise en œuvre. Plusieurs de ces fonctions, cependant, sont exercées sous la forme de simples propositions et leur approbation appartient au niveau central. La délégation s'inscrit donc dans un cadre contrôlé et centralisé, même si la loi 3852/2010, promulguée en juin 2010, prévoit que la compétence des administrations régionales de santé soit transférée aux municipalités dans le cadre du «plan Kallikratis».

Les responsabilités des collectivités régionales et locales (préfectures) dans le domaine de la santé sont actuellement limitées à la distribution de ressources financières aux hôpitaux, comme déterminé au niveau central, à l'approbation du personnel de santé, à l'octroi de licences et au suivi du fonctionnement du secteur privé, ainsi qu'aux tâches liées à la santé environnementale et à la santé publique. Les municipalités gèrent des centres publics pour les enfants et les personnes âgées. Dans la région Attique, à titre exceptionnel, les grandes municipalités gèrent quelques centres de soins de santé.

Prestation des services

Les soins de santé primaires sont dispensés par des prestataires de services de santé publics et privés. Le SSN fournit des soins primaires et secondaires; dans les zones rurales, il reste le principal prestataire, mais le rôle joué par le secteur privé est de plus en plus important.

La fourniture des services de santé publics se fait par 114 services de soins ambulatoires d'hôpitaux publics et quelque 201 centres de santé ruraux, qui, administrativement, sont attachés aux hôpitaux et financés par leurs budgets. Toutefois, les soins primaires sont également dispensés dans des centres de santé et des unités spéciales détenues et exploitées par les caisses d'assurance sociale, dans des cliniques et des services sociaux gérés par les municipalités, et par des médecins travaillant en cabinet privé.

Les centres de santé emploient des médecins généralistes et spécialistes qui offrent des soins primaires gratuits; 1 458 cabinets de santé et leur personnel médical dépendent administrativement des centres de santé. Cependant, il n'existe aucun mécanisme de médecin référent et les patients sont libres de consulter directement un prestataire de soins secondaires.

Les soins secondaires et tertiaires sont dispensés dans des hôpitaux publics et privés. Le pays compte environ 155 hôpitaux publics, dont 23 opèrent en dehors du système de santé national; le pays compte aussi 218 hôpitaux privés à but lucratif, qui représentent 26 % de la



capacité totale en lits, et des hôpitaux appartenant aux caisses d'assurance sociale, essentiellement financés par les recettes de la sécurité sociale.

Les soins d'urgence sont fournis par le Centre national pour les soins d'urgence à Athènes, qui compte des antennes dans tout le pays. Les soins pharmaceutiques sont universels et les médicaments prescrits sont remboursés par l'assurance sociale, même si 25 % du coût sont copayés par les patients. Des dérogations ou des réductions des copaiements sont accordées en fonction de l'état de santé (maladies chroniques) et du niveau de revenu. La planification et la mise en œuvre de la politique pharmaceutique relèvent du niveau central.

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé	C	Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	C
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé	C	Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	C
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	C	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	C
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins		Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	C
Détermination de la répartition des ressources entre les régions		Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	C
Fixation des méthodes de rémunération des médecins	C	Financement des dépenses courantes des hôpitaux	C
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	C	Fixation des objectifs de santé publique	

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

Les soins de santé sont financés par des ressources publiques et privées. Les ressources publiques proviennent de l'assurance sociale (cotisations des employeurs et des salariés) et des impôts (recettes fiscales directes et indirectes). Le financement privé prend principalement la forme d'interventions personnelles des patients pour les services non couverts par l'assurance sociale ou couverts mais non remboursés car achetés à l'extérieur du système officiel, de copaiements et de dépenses privées. Les interventions personnelles représentent une part élevée des dépenses totales de santé (près de 38 %), et un tiers alimente les dépenses totales de santé par l'intermédiaire des impôts et de l'assurance sociale. Le rôle de l'assurance maladie privée est encore mineur, avec seulement quelque 12 % de la population ayant souscrit une couverture privée et une contribution d'à peine 2,1 % aux dépenses totales de santé.

Références:

Economou C. (2010), [Greece Health System Review](#). Health Systems in Transition, 2010; 12(7):1–180, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Petmesidou M. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Grèce. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l’impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.12 Hongrie

Principales caractéristiques du système de soins de santé hongrois

- ▶ Réglementé au niveau central, mais avec un rôle exécutif joué par les comtés et les municipalités en tant que propriétaires d’établissements de soins de santé
- ▶ Fournit une couverture quasi universelle grâce à un système d’assurance maladie sociale obligatoire basé sur la citoyenneté
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – cotisations, budget de l’État et budgets locaux
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée, dans ce dernier cas surtout au niveau des soins primaires

Structure du système et responsabilités

Au niveau central, le ministère de la santé est responsable de l’élaboration des politiques de santé et de la réglementation du secteur de la santé, ainsi que de la planification et du fonctionnement du système de soins de santé. Le ministère de la santé recouvre le service médical et de santé publique national, responsable, entre autres, de la supervision de la fourniture des soins de santé, et l’administration de la caisse d’assurance maladie nationale (ACAM), responsable de l’administration des cotisations d’assurance à l’assurance maladie nationale obligatoire ainsi que de l’approvisionnement et du paiement des services de soins de santé et des médicaments. Depuis 2009, l’ACAM est structurée en sept institutions régionales.

Les pouvoirs locaux et les autorités de comté (ou les autorités régionales) possèdent et gèrent des établissements de soins de santé; par conséquent, ils interviennent directement **dans la fourniture des services de soins de santé et dans le financement des coûts d’investissement** pour les établissements de soins **par les budgets locaux**. La responsabilité de la prestation des services de soins de santé sur une base territoriale est définie dans la loi CLIV de 1997 sur la santé.

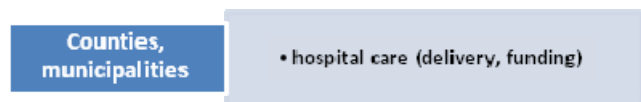


Le régime social d’assurance maladie est obligatoire pour tous les citoyens et assure une couverture quasi universelle. Les employeurs et les salariés cotisent à

la caisse d'assurance maladie à travers une taxe sur les salaires et certaines catégories, telles que les personnes à charge, les retraités et les personnes à très faible revenu, sont dispensées de ce paiement. Cependant, le niveau de contribution et les modalités de taxation évoluent en fonction de l'administration au pouvoir, étant donné que de nouvelles politiques fiscales ont été mises en place en juillet 2009 et puis de nouveau en avril 2010. Dans la pratique, la politique de santé est en cours de réexamen, car la nouvelle administration a élaboré et examine un plan de réforme, le «plan Semmelweis», qui devrait aussi restructurer, entre autres, le système de prestation des soins de santé.

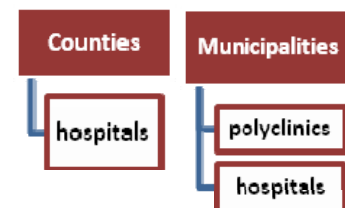
Prestation des services

L'assurance permet d'accéder à un ensemble de prestations. Les soins primaires sont dispensés par des médecins généralistes travaillant en cabinet privé;



les soins ambulatoires sont essentiellement fournis dans des polycliniques détenues par les municipalités. Les patients peuvent librement choisir leur médecin généraliste. Une recommandation est nécessaire pour accéder aux soins spécialisés et aux soins secondaires dans les hôpitaux.

Les soins secondaires sont dispensés dans des «hôpitaux territoriaux», dont la majorité est aussi détenue par les municipalités, tandis que les soins tertiaires sont prodigués dans des «hôpitaux à haute priorité». Presque tous les hôpitaux sont détenus par le pouvoir public ou appartiennent à des fondations ou à des universités. Plus précisément: 66 % des hôpitaux sont détenus par des pouvoirs locaux, 16 % par l'Église ou des fondations, 9 % par l'État ou des universités, et 7 % par le secteur privé. En ce qui concerne la gestion, les hôpitaux publics peuvent être gérés directement par leurs propriétaires publics en tant qu'institutions budgétaires ou que sociétés à but lucratif ou à but non lucratif (environ 30 % des établissements sont gérés comme des sociétés), ou par des gestionnaires privés (ESKI, 2009; ESKI, 2011).



De nouvelles règles pour l'établissement et la propriété des pharmacies sont en cours d'élaboration en 2011 par la nouvelle administration.

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé		Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	C
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé		Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	C
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé		Financement de l'entretien des hôpitaux existants	R,L
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins		Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	C,L
Détermination de la répartition des ressources entre les régions		Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	C,L
Fixation des méthodes de rémunération des médecins		Financement des dépenses courantes des hôpitaux	
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux		Fixation des objectifs de santé publique	

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

Les dépenses totales de santé sont principalement financées par des sources publiques (70,6 % en 2007), le reste provenant de dépenses privées, pour la plupart des interventions personnelles des patients (représentant environ 25 % du total des dépenses privées) et un partage des coûts pour les services fournis par le système d'assurance. Les dépenses publiques sont essentiellement financées par des cotisations à l'ACAM et par le budget central. Bien que les coûts récurrents et opérationnels des hôpitaux soient financés par l'ACAM, les coûts en capital sont financés par des subventions en capital du gouvernement central ou des budgets locaux des municipalités propriétaires.

Références:

[Site web](#) de l'Institut national de recherche stratégique en santé (ESKI), Health System Scan, bulletins d'information de janvier 2011 et de décembre 2009, et Hungarian Health Care System 2009

Gál R. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Hongrie. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.13 Irlande

Principales caractéristiques du système de soins de santé irlandais

- ▶ Centralisé, les responsabilités principales étant détenues par le service de santé exécutif
- ▶ Fournit une couverture universelle aux «résidents ordinaires»
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – impôts généraux
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système et responsabilités

La responsabilité globale du système de soins de santé incombe au gouvernement et est exercée par le ministère de la santé et de l'enfance, sous la direction du ministre de la santé et de l'enfance. Ce dernier est responsable du développement stratégique et de l'organisation générale du service de santé, y compris de la législation et de la réglementation; il approuve également les plans nationaux annuels du service de santé, qui définissent les priorités et les activités ainsi que les structures de gouvernance nécessaires pour la fourniture des services. Ces plans sont élaborés par le service de santé exécutif (SSE), directement responsable devant le ministre de la santé et créé en 2005 pour assumer la responsabilité des fonctions budgétaires et de gestion liées aux services de santé, parallèlement à un processus de centralisation qui a vu l'abolition des commissions régionales de la santé et d'une série d'agences statutaires.



Le SSE fournit les services de santé et les services sociaux personnels par l'intermédiaire de trois divisions chargées i) de la santé publique, ii) des hôpitaux et iii) des soins primaires, communautaires et continus. La direction de la santé publique est principalement responsable de la planification stratégique, un bureau national des hôpitaux est responsable de l'organisation, de la planification et de la coordination des services de soins aigus dans 51 hôpitaux, et la direction des soins primaires, communautaires et continus (DPCC) est responsable des services de médecine générale, des services de santé communautaires et des services sociaux personnels, ainsi que des services aux personnes âgées, aux enfants et aux personnes handicapées, des services de santé mentale et de l'inclusion sociale. La DPCC est constituée de 32 bureaux de santé locaux, qui représentent le premier point d'accès aux services et l'espace où le dialogue avec les acteurs locaux et leur participation sont censés avoir lieu.

Le SSE est divisé en quatre régions administratives: Ouest, Sud, Dublin Nord-Est et Dublin Mid-Leinster. Quatre bureaux administratifs, un pour chaque région, directement responsables devant le président directeur général (PDG) du SSE, assistent à la coordination des services fournis par les bureaux de santé

locaux. Chacune des régions administratives dispose d'un forum régional de la santé, constitué de représentants des conseils municipaux et des conseils de comté de la région concernée: *«Les forums entreprennent des démarches auprès du SSE quant à la portée et au fonctionnement des services de santé et des services sociaux personnels dans leur région, et le SSE leur fournit en échange des services administratifs.»*(SSE, 2011)

Toute une série d'autres agences statutaires et non statutaires jouent un rôle dans la réglementation et la fourniture des services de santé et des services sociaux, en particulier les ONG bénévoles en collaboration avec le SSE, ou en son nom; en outre, certains acteurs sociaux comme les syndicats, les employeurs, les organisations agricoles et les représentants des secteurs communautaires et bénévoles peuvent officiellement jouer un rôle dans l'orientation générale de la politique de santé.

Prestation des services

Les pouvoirs locaux (conseils de comté, conseils municipaux et mairies) jouent un rôle limité en matière de soins de santé; le SSE fournit de nombreux services de soins de santé directement tandis que le secteur bénévole, y compris les organisations religieuses, joue un rôle important.

Les soins primaires sont généralement dispensés par les médecins généralistes. Ces derniers jouent le rôle de médecin référent pour les soins secondaires car ils dirigent vers des médecins spécialisés ou des hôpitaux de soins aigus financés par des fonds publics. Toutefois, l'accès direct aux soins secondaires est possible moyennant le paiement d'une redevance forfaitaire. Les médecins généralistes sont des travailleurs indépendants et la plupart d'entre eux traitent les patients privés et publics, mais, ces dernières années, des équipes pluridisciplinaires intégrées ont été mises sur pied afin de faciliter la fourniture des services au niveau communautaire et de réduire la dépendance du système par rapport aux services de soins secondaires. Sur les 519 équipes de soins primaires prévues, qui seront composées de divers professionnels de la santé allant des médecins généralistes aux infirmiers, 348 équipes se trouvaient, en mars 2011, à un stade de fonctionnement avancé (SSE, 2011).

Le secteur des hôpitaux publics intègre les hôpitaux bénévoles et ceux du SSE, qui se divisent en outre en hôpitaux régionaux, de comté et de circonscription. Les lits dans les hôpitaux peuvent être affectés à un usage public ou privé, ce dernier représentant habituellement 20 % de tous les lits. Les hôpitaux du SSE sont financés directement par le gouvernement, par l'intermédiaire du SSE, selon le PSN. Les hôpitaux publics bénévoles, qui sont environ 29 et qui ont pour la plupart été créés par des ordres religieux et des groupes

philanthropiques, sont principalement financés par le gouvernement, mais peuvent être détenus et exploités sur une base non lucrative par d'autres organisations. Le pays compte aussi quelque 20 hôpitaux privés.

Les «résidents ordinaires», des citoyens qui bénéficient du statut «Carte médicale/Catégorie I», accordé en fonction du niveau de revenu et représentant environ un tiers de la population, ont droit à la plupart des services gratuitement. Les personnes qui ne sont pas couvertes par ce statut doivent payer des interventions personnelles pour les services hospitaliers et les services de soins primaires, sauf si elles peuvent bénéficier d'autres régimes d'exemption. Certains de ces coûts personnels peuvent être couverts par une assurance maladie privée, qui est actuellement souscrite par environ 50 % de la population, surtout auprès de la Commission d'assurance maladie volontaire, laquelle détient 75 % des parts du marché de l'assurance volontaire. Tous les régimes d'assurance maladie fournissent des inscriptions libres avec une couverture à vie, les primes dépendant du forfait d'assurance, mais pas de l'âge ni de l'état de santé.

Les inégalités dans le domaine de la santé représentent un problème. Parmi les instruments mis au point pour lutter contre ces inégalités figure la Caisse nationale d'achat de traitements, dont l'objectif est de permettre aux patients attendant un traitement dans le public depuis plus de deux mois d'obtenir, à la charge des pouvoirs publics, un traitement dans le secteur privé, soit en Irlande soit à l'étranger.

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé	C	Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	C
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé	C	Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	C
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	C	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	C
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	C	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	C
Détermination de la répartition des ressources entre les régions		Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	
Fixation des méthodes de rémunération des médecins	C	Financement des dépenses courantes des hôpitaux	
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	C	Fixation des objectifs de santé publique	C

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

Le système de soins de santé est principalement financé par les impôts (78,3 % en 2006), le reste des dépenses totales de santé provenant de sources privées, telles que les interventions personnelles des patients pour les services (environ 13 % du total des coûts des soins de santé) et les paiements aux fournisseurs d'assurance maladie privée (8 %). Les impôts sont des impôts généraux collectés au niveau national et comprenant la TVA, l'impôt sur le revenu, l'impôt sur les sociétés et des accises, qui représentent ensemble 86 % du total des recettes fiscales nettes; «*le reste est constitué de droits douaniers, de prélèvements agricoles, d'acquisitions et de gains de capital, et des droits de timbre sur les ventes immobilières*» (OMS, 2009).

Le secteur hospitalier représente environ 50 % des dépenses de santé.

Références:

[Site web](#) du ministère de la santé et de l'enfance

SSE (2011), [Fact Sheet on Primary Care Teams](#), mars 2011

McDaid D. *et al.* (2009), [Ireland: Health system review](#). Health Systems in Transition, 2009; 11(4): 1–268, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

2.2.14 Italie

Principales caractéristiques du système de soins de santé italien

- ▶ Très décentralisé vers les autorités régionales
- ▶ Fournit une couverture quasi universelle et la plupart du temps gratuite au point de service
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – impôts nationaux et régionaux
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système et responsabilités

Le service de santé national (SSN) est organisé en trois niveaux: national, régional et local. Au niveau national, le ministère de la santé est chargé de garantir le droit à la santé pour les citoyens conformément à l'article 32 de la Constitution. Le ministère de la santé garantit l'équité, la qualité et l'efficacité du SSN, joue un rôle de surveillance et promeut les actions d'amélioration, l'innovation et le changement. Le gouvernement central est responsable de la fixation du «niveau minimal d'assistance sanitaire» (*livelli essenziali di assistenza sanitaria – LEA*), c'est-à-dire les services que le SSN est tenu de fournir à tous les citoyens gratuitement ou moyennant le paiement d'une

redevance («ticket»)¹⁴. En outre, il alloue des ressources de soins de santé aux gouvernements régionaux en application de «pactes pour la santé» convenus par le gouvernement, les régions et les deux provinces autonomes de Trente et de Bolzano. Le pacte pour la santé 2010-2012 prévoit la contribution du gouvernement à hauteur de 104,614 millions d'euros pour 2010, de 106,934 millions d'euros pour 2011 et un montant équivalent majoré de 2,8 % pour 2012.



Les 20 autorités régionales et les deux provinces autonomes de Trente et de Bolzano assument la responsabilité de la gouvernance et de l'organisation de toutes les activités liées à la fourniture des soins de santé et des services de santé. Le niveau régional exerce des fonctions législatives, administratives, de planification, de financement et de surveillance. Les fonctions exécutives sont basées sur des plans régionaux triennaux pour la santé. Les autorités régionales sont responsables, entre autres, de l'allocation des ressources aux entreprises de santé locales (*Aziende Sanitarie Locali* – ASL) et aux entreprises des hôpitaux publics (*Aziende Ospedaliere* – AO), de la définition des critères d'accréditation des entités privées et publiques de soins de santé, de la nomination des directeurs généraux des ASL et des hôpitaux publics, de la définition du cadre réglementaire régissant le fonctionnement des ASL et des hôpitaux publics, et de la formulation d'orientations techniques et de gestion pour la fourniture des services. Étant donné que les régions élaborent en toute indépendance leur politique de santé, leur niveau de participation à la gestion directe des services de santé varie considérablement; par exemple, le pourcentage de lits d'hôpitaux directement gérés par le niveau régional peut varier de plus de 60 % à moins de 1 %.



Prestation des services

Au mois d'octobre 2009, la fourniture des services au niveau territorial se faisait par l'intermédiaire d'un réseau de quelque 184 entreprises de santé locales. Les ASL sont des entités publiques qui jouent un rôle entrepreneurial autonome pour leur organisation, leur administration, leur comptabilité et leur gestion. Les services sont fournis via des structures accréditées publiques ou privées. Les structures publiques comprennent les hôpitaux gérés directement par les ASL (*Presidi ospedalieri*) et les entreprises des hôpitaux publics (AO), c'est-à-dire des entités indépendantes, qui



¹⁴Plus de 5 700 services et types d'assistance sont définis en ce qui concerne la prévention, les soins et la réadaptation.

desservent généralement une population régionale ou interrégionale et disposent de compétences de gestion et d'achat autonomes, y compris les «hôpitaux de recherche».

Les médecins généralistes jouent le rôle de médecin référent dans le cadre du SSN. Les soins primaires sont dispensés par les médecins généralistes, les pédiatres et des médecins indépendants, qui sont rémunérés en fonction du nombre de personnes (adultes ou enfants) inscrites auprès d'eux. Les soins spécialisés sont dispensés dans les ASL ou dans des établissements accrédités publics ou privés avec lesquels les ASL ont conclu des conventions et des contrats. Les soins spécialisés sont accessibles grâce à une recommandation d'un médecin généraliste ou, pour certains services comme les soins dentaires, directement à travers un système de réservation centralisé. Les soins hospitaliers sont prodigués dans quelque 669 établissements publics fournissant des services ambulatoires et des services hospitaliers, ou dans quelque 559 hôpitaux privés ayant signé un contrat avec les ASL.

Les soins pharmaceutiques sont réglementés par l'Agence italienne du médicament (AIFA), chargée de l'octroi des licences, de la surveillance, de la tarification et du remboursement des médicaments. Les médicaments peuvent être délivrés directement par les ASL ou par les pharmacies, réparties sur tout le territoire. Les pharmacies peuvent être publiques ou privées, et les recettes vont au propriétaire de la pharmacie.

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé	R	Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	C,R
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé		Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	C,R
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	C,R	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	C,R
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	C,R	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	C
Détermination de la répartition des ressources entre les régions	C	Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	C,R
Fixation des méthodes de rémunération des médecins		Financement des dépenses courantes des hôpitaux	C,R
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	C,R	Fixation des objectifs de santé publique	

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

Les soins de santé sont principalement financés par des taxes spéciales appliquées au niveau régional et national. Les impôts directs comprennent i) l'IRAP, un impôt régional sur les sociétés perçu au niveau national mais restitué en grande partie (90 %) aux régions dans lesquelles il est perçu, qui frappe la valeur ajoutée des entreprises et les salaires des salariés du secteur public, et ii) l'«IRPEF supplémentaire», une taxe régionale s'ajoutant à l'impôt national sur le revenu des personnes physiques. Les impôts indirects comprennent une part de la TVA et des accises sur les carburants. En outre, les ASL tirent des revenus de l'achat de services et de médicaments en vente libre et des copaiements réalisés par les patients pour des produits pharmaceutiques, des procédures de diagnostic et des consultations de spécialistes.

Le financement public représente environ 70 % des dépenses totales de soins de santé et les compagnies d'assurance privées (financement non public) environ 11 %. Les interventions personnelles des patients et les copaiements sont à l'origine du reste des dépenses (environ 19 %). L'assurance maladie volontaire ne joue pas un rôle significatif dans le financement.

Références:

[Site web](#) du ministère italien de la santé

Lo Scalzo A. *et al.* (2009), [Italy: Health system review](#). Health Systems in Transition, 2009; 11(6):1–216, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Corte dei Conti, Sezione Regionale di Controllo per la Lombardia (2010), [Relazione sulla Spesa Sanitaria Regionale](#)

2.2.15 Lettonie

Principales caractéristiques du système de soins de santé letton

- ▶ Centralisé, le Centre de paiement de la santé nouvellement créé jouant un rôle important
- ▶ La couverture est basée sur la résidence et dépend souvent du paiement de redevances ou de cotisations
- ▶ Financement essentiellement public et privé des soins de santé – impôts généraux et interventions personnelles des patients
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système et responsabilités

Au niveau central, le ministère de la santé assume la responsabilité principale de l'élaboration des politiques et réglementations nationales dans le domaine de la santé. Les pouvoirs locaux, qui possédaient initialement de vastes responsabilités en matière de financement et de fourniture des services de santé, sont désormais principalement chargés de garantir l'accès aux services de soins de santé. Les pouvoirs locaux détiennent des hôpitaux et des cliniques, mais, dans plusieurs cas, ceux-ci sont loués ou sont devenus des centres et des établissements de santé autogérés.



Le Centre de paiement de la santé, subordonné au ministère de la santé, remplace depuis la fin 2009 l'Agence nationale de l'assurance maladie obligatoire dans ses fonctions. Le Centre est chargé «*de réaliser et de mettre en œuvre la politique de l'État pour la disponibilité des services de soins de santé, ainsi que d'administrer les fonds budgétaires de l'État prévus pour les soins de santé*» (site web du ministère de la santé); plus précisément, ses fonctions comprennent l'administration du budget de l'État, l'achat des services (sélection, conclusion d'accords, tenue d'un registre des prestataires), la rémunération des prestataires de services et la supervision des dépenses. Le Centre est divisé en cinq unités territoriales: Riga, Kurzeme, Latgale, Zemgale et Vidzeme.

Prestation des services

Les soins de santé sont fournis sur la base de la résidence, indépendamment de la nationalité, selon une liste de prestations et dans des établissements privés et publics (détenus par l'État ou les municipalités) de soins de santé ambulatoires et de soins hospitaliers.

Une distinction est faite entre les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires et les soins médicaux d'urgence. Les médecins généralistes, qui collaborent généralement avec un infirmier et un assistant, dispensent des soins de santé primaires; ils jouent le rôle de médecin référent pour les soins de santé secondaire. Une recommandation d'un médecin de soins primaires ou d'un spécialiste est également nécessaire pour accéder aux examens diagnostiques et aux services de chirurgie ambulatoire, mais n'est pas nécessaire pour accéder à certaines spécialités comme, par exemple, les services de pédiatrie. Les soins de santé secondaires sont assurés en milieu ambulatoire (consultations externes), dans des unités de soins médicaux d'urgence, dans des établissements de jour ou dans des hôpitaux régionaux et locaux. Les soins tertiaires sont fournis dans des établissements médicaux spécialisés.

Les services de soins de santé sont fournis dans une variété de contextes institutionnels et de formes juridiques. Les prestataires peuvent être indépendants ou employés par, entre autres, les pouvoirs locaux. Pour que les patients puissent recevoir des services, les prestataires doivent avoir conclu une convention avec le Centre de paiement de la santé.

Ces dernières années, le secteur de la santé a connu plusieurs changements structurels, qui se sont traduits par une restructuration des agences publiques et par des réductions de personnel (le personnel du ministère de la santé a été réduit de 43 % en 2009). Les hôpitaux ont également été considérablement réorganisés: ceux qui fournissent des soins d'urgence sont passés de 59 à 20 en 2010 et quelque 41 hôpitaux ont été progressivement fermés et transformés en centres de soins de santé de jour. En 2009, toutes les interventions chirurgicales prévues et les autres traitements ont cessé, à l'exception des cas d'urgence, et n'ont été réalisés que si les patients avaient les moyens de payer. Les hôpitaux peuvent être détenus par l'État ou les circonscriptions/municipalités, ou appartenir au secteur privé. Les hôpitaux de circonscription/municipaux ont le statut de société à responsabilité limitée ou d'organisme municipal. La législation actuelle n'attribue aux pouvoirs locaux aucun rôle spécifique dans le domaine des soins de santé; ceux-ci n'assument plus de responsabilités financières, leur responsabilité principale consistant à garantir l'accès aux services de soins de santé.



L'Agence nationale des médicaments de la Lettonie est un organisme de réglementation dépendant du ministère de la santé et responsable de l'autorisation, de la surveillance, de l'inspection et de la réglementation du marché des médicaments. La distribution est assurée par les pharmacies ou par des grossistes. Les médicaments font l'objet d'un remboursement total ou partiel (75 % ou 50 %) selon qu'ils sont vitaux pour le patient ou sont destinés à traiter des maladies chroniques ou aiguës.



Financement et dépenses de soins de santé

Le niveau de subvention des soins de santé par des financements publics via les impôts généraux est déterminé par la loi sur le budget de l'État. Les fonds pour la santé provenant des recettes nationales représentent l'une des deux principales sources de financement, l'autre étant les interventions personnelles des patients, qui regroupent des frais d'utilisation pour tous les services financés par l'État ainsi que des paiements directs pour les services qui ne sont pas financés par l'État et sont précisés dans la «liste négative des prestations». Les dépenses

publiques de santé ont représenté un peu plus de 50 % des dépenses totales de santé en 2005 (52,6 %), 46,6 % provenant des interventions personnelles.

En 2010, des réductions et suppressions des frais à la charge des patients et des niveaux de copaiement ont été adoptées pour les personnes à faible revenu. Les cotisations aux régimes d'assurance volontaire ont perdu de leur importance quand, en 2009, le Premier ministre a interdit la souscription de polices d'assurance pour les fonctionnaires. Tous les fonds consacrés aux dépenses de santé sont mis en commun par l'intermédiaire du Centre de paiement de la santé.

Références:

Curkina I. (2009), [Healthcare sector hit by recessionary cutbacks](#), EIROOnline

[Site web](#) du ministère de la santé de la République de Lettonie

Bite I. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Lettonie. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

Tragakos E. *et al.* (2008), Health Systems in Transition, vol. 10 n° 8, [Latvia: Health system review](#), Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

2.2.16 Lituanie

Principales caractéristiques du système de soins de santé lituanien

- ▶ Réglementé au niveau central, mais plusieurs responsabilités exécutives sont déléguées aux pouvoirs locaux (municipalités)
- ▶ Couverture quasi universelle grâce à l'assurance maladie obligatoire
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – impôts spéciaux et budget de l'État
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système et responsabilités

Le système de soins de santé lituanien traverse un processus de restructuration décrit dans le plan de mesures de mise en œuvre de la troisième phase de la restructuration des établissements et services de soins de santé, approuvé par le ministre de la santé à la fin 2009. En outre, en 2010, les administrations des comtés ont été supprimées. Ces deux circonstances ont eu et continuent à avoir une incidence sur les responsabilités d'application, sur la propriété et sur les mécanismes de mise en œuvre.

Au niveau central, le ministère de la santé est responsable du fonctionnement global du système de santé national. Il élabore les politiques, adopte les règlements, supervise l'octroi de licences dans les secteurs médical et pharmaceutique et détermine le développement des infrastructures de soins de santé publiques. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) dépend du ministère de la santé, mais doit aussi rendre des comptes au ministère des finances. La CNAM est une autorité publique qui fournit l'assurance maladie obligatoire et coordonne les activités de cinq caisses territoriales d'assurance maladie: Vilnius, Kaunas, Panevėžys, Šiauliai et Klaipėda. Depuis 1997, la Lituanie dispose d'une caisse d'assurance maladie obligatoire, qui représente la base pour le financement du système de santé publique; des contrats sont conclus avec les prestataires de services de soins de santé (établissements et pharmacies) par l'intermédiaire des caisses territoriales d'assurance maladie; sur la base de ces contrats, les prestataires se voient payer le coût des services rendus via les caisses. Des représentants des pouvoirs locaux siègent au Conseil de l'assurance maladie obligatoire, à travers une association de municipalités, et dans chacun des conseils de surveillance des caisses territoriales, à travers les membres des conseils municipaux. Le ministère de la santé contrôle plusieurs autres établissements, dont huit hôpitaux et cliniques.

La structure de gouvernance des soins de santé a changé depuis juillet 2010, lorsque les administrations des comtés ont été abolies et leurs responsabilités reprises par le ministère ou déléguées aux

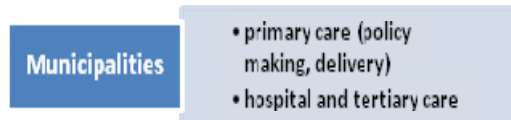


municipalités. **Les municipalités sont responsables des soins primaires, y compris de la prise de décisions, de la fourniture des services et de la supervision.** Elles gèrent également certains petits hôpitaux et hôpitaux de taille moyenne, ou ont subordonné des établissements secondaires

et tertiaires; en outre, elles sont responsables de la mise en œuvre des programmes de santé locaux et des activités liées à l'amélioration de la santé publique.

Prestation des services

Les assurés ont accès à une gamme de services qui comprend, entre autres, les soins de santé ambulatoires primaires, les soins de santé ambulatoires spécialisés, les soins de santé hospitaliers, les premiers soins, les soins infirmiers, les dépistages, la réadaptation et les médicaments. Les soins de santé primaires sont dispensés dans 452 établissements publics tels que des cabinets de médecins généralistes, des cliniques de soins ambulatoires ou des polycliniques (dans les grandes zones urbaines) ou des postes médicaux dans les écoles (en zone



rurale). Les médecins généralistes sont employés par les pouvoirs publics ou sont contractuels, mais les cabinets privés sont également courants, avec quelque 1 284 établissements privés qui dispensent des soins de santé primaires. Les soins secondaires sont assurés par des hôpitaux généraux et spécialisés.

Les patients sont libres de choisir leur médecin, leur spécialiste et leur établissement de soins; les médecins généralistes jouent le rôle de médecin référent pour les soins secondaires, mais l'accès aux spécialistes et aux professionnels de santé privés est également possible sans recommandation.

Financement et dépenses de soins de santé

En 2008, le système de santé financé publiquement couvrait tous les résidents pour les soins d'urgence et environ 96 à 97 % de la population; cette même année, environ 75 % des dépenses totales de santé étaient publiques, le reste étant privé. Les dépenses publiques étaient destinées aux remboursements de l'assurance maladie obligatoire (87 %), aux programmes de santé (7 %) et aux programmes d'investissements publics (6 %). Les sources de financement public comprennent des impôts spéciaux (depuis 2009), les cotisations à l'assurance maladie, le budget de l'État et, dans une moindre mesure, les budgets locaux. Les dépenses privées sont surtout représentées par les interventions personnelles des patients.

Références:

Kiskiene A. *et al.* (2010), [Country Brief: Lithuania](#), eHealth Strategies

Jankauskien D. et Medaiskis T. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Lituanie. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

[Site web](#) de la CNAM

Kacevičius G. (2010), [Mandatory Health Insurance system in Lithuania: an overview](#)

2.2.17 Luxembourg

Principales caractéristiques du système de soins de santé luxembourgeois

- ▶ Centralisé et réglementé
- ▶ Fournit une couverture quasi universelle grâce à l'assurance maladie publique obligatoire et à l'assurance dépendance
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – budget de l'État et impôts sur les revenus bruts
- ▶ Prestation de services essentiellement publique

Structure du système et responsabilités

Le ministère de la santé est responsable de la réglementation, de la planification et de l'organisation du système national de soins de santé. En outre, il assume la responsabilité du financement, de l'autorisation des prestataires de services, de la mise en œuvre ou de la délégation de la mise en œuvre ainsi que du suivi et de l'évaluation. Les services de santé sont fournis sur la base de deux types d'assurance, qui relèvent tous deux du ministère de la sécurité sociale: i) l'assurance maladie universelle (Caisse nationale de santé – CNS), financée par l'État, la population active et les employeurs (5,4 % du salaire brut), et ii) l'assurance dépendance obligatoire (soins de longue durée), financée par l'État et la population. L'assurance maladie publique est obligatoire pour toutes les personnes économiquement actives, y compris les membres de leur famille; elle donne accès à un ensemble complet de services.



La fourniture des soins primaires n'est pas réglementée. Les secteurs hospitalier et pharmaceutique sont réglementés, y compris le nombre de pharmacies. Tous les prestataires de santé doivent être autorisés par le ministère de la santé afin de pouvoir pratiquer. Les tarifs de la fourniture des services sont négociés par les syndicats ou les associations professionnelles et les employeurs (dans le cas d'établissements de soins secondaires tels que les hôpitaux) ou l'assurance maladie nationale (dans le cas des soins primaires). Les patients avancent le coût des services (paiements initiaux) et sont ensuite remboursés dans une fourchette de 80 % à 100 % du coût.

Une réforme de l'assurance maladie et de l'organisation du système de soins de santé est actuellement en cours d'examen.

Prestation des services

Les services sont fournis par des prestataires de soins primaires, des hôpitaux (privés et à but non lucratif), des établissements de soins de longue durée et des spécialistes.

Les hôpitaux à but non lucratif sont détenus et gérés soit par les pouvoirs locaux, soit par des fondations et des ordres religieux¹⁵.

Les patients sont libres de choisir leur médecin, leurs spécialistes et leur hôpital. Il n'existe pas de système de médecin référent. Le secteur hospitalier est divisé en trois zones géographiques et comprend cinq hôpitaux généraux et six établissements spécialisés.



Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé		Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	C
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé		Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé		Financement de l'entretien des hôpitaux existants	
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins		Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	
Détermination de la répartition des ressources entre les régions		Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	
Fixation des méthodes de rémunération des médecins		Financement des dépenses courantes des hôpitaux	
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux		Fixation des objectifs de santé publique	C

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

Les dépenses publiques contribuent le plus aux dépenses totales de santé (90,1 % en 2006), le reste provenant de dépenses privées principalement représentées par les interventions personnelles des patients et, dans une moindre mesure, par les cotisations aux régimes d'assurance privés. L'assurance maladie fonctionne sur une base de remboursement; seuls les services fournis dans les hôpitaux sont en nature, à l'exception des honoraires des médecins, qui doivent encore être avancés par les patients.

Les hôpitaux sont financés par l'assurance maladie nationale; les coûts d'investissement sont apportés par l'État à hauteur de 80 %, le reste étant

¹⁵ HOPE, profil de pays en ligne – Luxembourg: dernières informations datant de 2007.

toujours couvert par l'assurance maladie nationale. Les soins de longue durée et les soins palliatifs sont financés par l'assurance dépendance obligatoire.

Références:

Consbruck R. (2010), [The health system of the Grand-Duchy of Luxembourg in 2010](#), ministère de la santé, Luxembourg

Hohmann J. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Luxembourg. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.18 Malte

Principales caractéristiques du système de soins de santé maltais

- ▶ Centralisé et strictement réglementé
- ▶ Fournit une couverture gratuite pour les résidents au point de service
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – impôts et assurance nationale
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système et responsabilités

Les soins de santé dans le secteur public sont centralisés et strictement réglementés, la loi sur la santé publique étant le principal texte législatif. Le ministère de la santé, des personnes âgées et des soins de proximité est responsable des politiques de santé et de la planification ainsi que du financement et de la fourniture des services de soins de santé financés par les pouvoirs publics. La division des services de soins de santé du ministère englobe trois départements, chargés respectivement i) des personnes âgées, ii) des soins de santé primaires et iii) de l'achat des services de santé. Le département des soins de santé primaires est responsable de la fourniture des services au niveau des soins de santé primaires et de la coordination et de l'organisation d'un système de Centres publics de santé.



Prestation des services

Les soins primaires garantis sont assurés par huit centres de santé (*Centri tas-Sacca*), dont certains ont une ou deux antennes locales. Ce système légal permet de fournir des services de médecine générale et de soins infirmiers ainsi que certains services spécialisés (vaccination, cliniques prénatales et postnatales, cliniques du diabète, cliniques d'ophtalmologie, cliniques pédiatriques, services dentaires, etc.). Les patients sont priés de consulter dans le centre qui dessert leur localité de résidence. Le personnel des centres de santé joue un rôle mineur

de médecin référent, ce qui se traduit par une utilisation excessive des services de soins secondaires. Les soins secondaires et tertiaires sont dispensés dans des hôpitaux publics. Le pays compte actuellement huit hôpitaux publics, le plus important, ouvert en 2007, étant l'hôpital Mater Dei à Msida.

La fourniture des services médicaux dans les centres de santé et les hôpitaux publics est gratuite mais des interventions personnelles des patients sont nécessaires pour les produits pharmaceutiques ambulatoires. Certains groupes vulnérables (personnes à faible revenu et personnes souffrant de maladies chroniques) sont dispensés de ces paiements.

Le secteur privé gagne de l'importance en ce qui concerne la fourniture des services de santé. Des médecins généralistes et spécialistes travaillant pour leur compte ainsi que plusieurs hôpitaux, cliniques et autres établissements privés fournissent des soins de santé privés. Il y a un manque de réglementation de la pratique privée des soins de santé et un manque de coordination entre les prestataires publics et privés.

Des acteurs bénévoles offrent également des services liés à la santé; les partenariats public-privé sont encouragés principalement en ce qui concerne la création, l'exploitation et la gestion de foyers d'accueil pour personnes âgées.

Financement et dépenses de soins de santé

Le système de santé publique à Malte est financé par les impôts généraux et par l'assurance nationale payée par les travailleurs et les salariés, même si cette dernière n'est pas allouée à la santé, mais aux services de protection sociale en général. Le gouvernement central est à la fois acheteur et prestataire de services. Le financement public représentait 78,1 % des dépenses totales de santé en 2005.

Les soins dans les établissements privés sont financés par une assurance privée, souscrite sur une base volontaire, ou par des interventions personnelles des patients (paiements directs). Les personnes qui adhèrent à un régime privé ne sont néanmoins pas autorisées à quitter le système public. Les dépenses de santé privées à Malte représentaient 21,3 % des dépenses totales de santé en 2005 (2,1 % provenant de l'assurance privée et 19,2 % des interventions personnelles).

Références:

[Site web](#) du ministère de la santé, des personnes âgées et des soins de proximité

Greene N. (2010), [Annual National Report 2010 - Pensions, Health and Long-term Care, Malta 2010](#)

OMS Europe (2009), [Environment and health performance review – Malta](#)

Greene N. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Malte. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.19 Pays-Bas

Principales caractéristiques du système de soins de santé néerlandais

- ▶ Basé sur le marché, avec un rôle important joué localement par les services de santé municipaux (GGD)
- ▶ Fournit une couverture quasi universelle (99 %) grâce à l'assurance maladie obligatoire
- ▶ Financé essentiellement par des cotisations obligatoires liées au revenu et par les primes versées aux assureurs
- ▶ Prestation de services privée, reposant sur un marché concurrentiel réglementé

Depuis 2006, avec l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance maladie, l'introduction d'un régime d'assurance maladie obligatoire a modifié le rôle du gouvernement en ce qui concerne les soins de santé. Sa tâche principale consiste désormais à assurer le bon fonctionnement d'un marché de l'assurance concurrentiel et réglementé. Ainsi, les responsabilités ont été transférées aux assureurs, aux prestataires et aux patients, tandis que le gouvernement contrôle la qualité, l'accessibilité et l'abordabilité des soins de santé. La supervision et la gestion du système ont été déléguées à des organismes indépendants. L'assurance est obligatoire (même si tous les citoyens ne sont pas assurés et certains ne sont pas en règle, c'est-à-dire qu'ils ne payent pas leurs primes). Les assureurs privés se livrent concurrence pour gagner des clients; ils peuvent négocier le coût, le volume et la qualité des soins avec les prestataires de soins de santé et ils peuvent faire des bénéfices. Ils sont tenus d'accepter les nouveaux demandeurs et ne peuvent pas appliquer de tarifs différents en fonction de divers facteurs de risque. Le processus de réforme, cependant, est toujours en cours, le temps que les parties prenantes s'habituent à leur nouveau rôle. Dans le cadre de cette réforme, certaines responsabilités en matière de soins à domicile ont été déléguées aux municipalités.

Le ministère de la santé, du bien-être et du sport définit les politiques de santé; conjointement avec les pouvoirs locaux, il assume la responsabilité des services de santé publics. **Pour s’acquitter de cette responsabilité, les municipalités ont mis en place 29 services de santé municipaux** (*Gemeentelijk Gezondheidsdiensten – GGD*), organisés au niveau régional et participant à la prévention, à la promotion et à la mise en œuvre des soins de santé pour les jeunes; en outre, depuis 2007, en vertu de la loi sur l’assistance sociale, elles sont aussi en partie responsables de la fourniture des soins de longue durée, via des services de soins à domicile et la gestion de maisons de soins infirmiers. **Les municipalités établissent leurs propres politiques pour la fourniture des soins**; la responsabilité pour la mise en œuvre intervient uniquement au niveau local, ce qui peut conduire à des inégalités dans l’accès aux soins en fonction de la municipalité.



Prestation des services

Les patients sont libres de choisir leur assureur et leurs prestataires de santé, à moins que certaines restrictions soient appliquées par le forfait d’assurance. Il existe deux types principaux de contrats entre l’assureur et le demandeur: le contrat en nature, en vertu duquel les services sont payés en totalité mais le choix des prestataires est limité, et le contrat de restitution, qui permet de choisir librement son prestataire mais qui implique que les patients remboursent la différence si le coût des services dépasse un certain plafond de remboursement. Les assureurs sont tenus de fournir un ensemble de prestations de base défini par le gouvernement et les citoyens peuvent décider de compléter cet ensemble de prestations par des régimes volontaires d’assurance maladie.

Les soins préventifs, et en particulier en ce qui concerne la prévention des maladies, la promotion de la santé et la protection de la santé, sont assurés par les services de santé publique municipaux (GGD). Les tâches des GGD, telles que spécifiées dans la loi sur la santé publique, comprennent les soins de santé aux jeunes, la santé environnementale, les conseils sociomédicaux, les inspections sanitaires périodiques, la santé publique pour les demandeurs d’asile, les dépistages, l’épidémiologie, l’éducation sanitaire et la santé mentale en communauté.

Municipalities	<ul style="list-style-type: none">• youth health care• mental care• medical screening
----------------	---

En ce qui concerne les soins primaires, tous les citoyens sont inscrits auprès du cabinet d’un médecin généraliste. Un pourcentage très élevé (96 %) des contacts a lieu dans le cabinet de médecine générale, qui fait partie de l’ensemble de prestations de base fourni par les assureurs. Les autres prestataires de soins primaires comprennent les physiothérapeutes, les dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens et les psychologues. Un système de médecin référent faisant

Intervenir le médecin généraliste est en place pour l'accès aux soins spécialisés et hospitaliers (à l'exception des situations d'urgence). Les soins secondaires sont dispensés dans les hôpitaux et dans différents types de «centres» (centres de traitement indépendants, centres cliniques supérieurs et centres de traumatologie). Les hôpitaux se différencient entre les hôpitaux généraux, universitaires et catégoriques, ces derniers se concentrant sur des formes spécifiques de soins ou de maladies. Dans la plupart des cas, les hôpitaux sont à but non lucratif: «*Les hôpitaux publics appartiennent à l'État.*»¹⁶ Les soins d'urgence sont assurés par les médecins généralistes, dans les unités d'urgence et dans les centres de traumatologie. Enfin, les soins de longue durée, y compris ceux qui relèvent de la responsabilité des municipalités, sont dispensés dans les maisons de soins infirmiers, dans les foyers résidentiels et par les organisations de soins à domicile.

Les pharmacies se divisent en pharmacies publiques, pharmacies hospitalières et pharmacies de pratique générale. Les pharmacies publiques couvrent 92 % de la population; les pharmacies de pratique générale couvrent les 8 % restants et jouent un rôle important dans les zones rurales. Les pharmacies traversent un processus de regroupement; plusieurs sont actuellement des chaînes de pharmacies et de détail et des grossistes pharmaceutiques.

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé	C	Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé	C	Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	C	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	C	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	
Détermination de la répartition des ressources entre les régions		Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	
Fixation des méthodes de rémunération des médecins	C	Financement des dépenses courantes des hôpitaux	
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	C	Fixation des objectifs de santé publique	C

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

¹⁶ HOPE, profil de pays en ligne – Pays-Bas: dernières informations datant de 2007.

Financement et dépenses de soins de santé

La loi sur l'assurance maladie porte sur un régime d'assurance maladie de base couvrant les soins ambulatoires primaires et secondaires, les soins hospitaliers et, jusqu'à l'âge de 18 ans, les soins dentaires. La loi sur les frais médicaux exceptionnels prévoit une assurance pour les soins de longue durée et les soins de santé mentale. Ces deux assurances obligatoires sont financées par une combinaison de cotisations liées au revenu (prélevées sur les salaires et/ou les paiements de sécurité sociale et/ou les bénéficiaires des entrepreneurs, et transférées à la Caisse d'assurance maladie pour être ensuite redistribuées entre les assureurs de santé selon un système ajusté par rapport aux risques) et de primes (versées directement aux assureurs). Les assurances maladie privées complémentaires sont souscrites sur une base volontaire. L'assurance maladie de base représente quelque 59 % des soins de santé financés par les cotisations, les 49 % restants étant imputables à l'assurance pour les soins de longue durée (données de 2008).

Le financement du système de santé provient essentiellement de cotisations obligatoires et des primes (66 %), suivies de dépenses privées (14 %, dont 10% étaient représentés par les interventions personnelles des patients et 4 % par les régimes d'assurance volontaire) et de la contribution de l'État (14 %).

La caisse des municipalités est financée par le gouvernement central. Cette caisse vise à permettre aux municipalités de fournir des services sociaux. Les municipalités achètent des soins à des organisations au moyen de marchés publics, ou fournissent aux personnes dans le besoin un budget personnel pour l'organisation de leurs soins. Les dépenses municipales de soins de santé représentaient en 2007 à peine 1,9 % des dépenses totales de santé.

Références:

Schäfer W. *et al.* (2010), [The Netherlands: Health system review](#). Health Systems in Transition, 2010; 12(1):1–229, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Donders P. et van Riel S. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Pays-Bas. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.20 Pologne

Principales caractéristiques du système de soins de santé polonais

- ▶ Partiellement décentralisé, avec quelques compétences déléguées aux collectivités régionales et locales
- ▶ Fournit une couverture universelle grâce à l'assurance maladie obligatoire
- ▶ Financement essentiellement public – cotisations à l'assurance maladie et impôts
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système

Avec la loi sur les établissements de soins de santé de 1991, le ministère de la santé est devenu responsable de la politique de santé, de l'éducation et de la recherche dans ce domaine, **les autorités régionales sont devenues responsables de l'organisation et du financement des soins tertiaires et les pouvoirs locaux sont devenus responsables des soins primaires et secondaires, ces derniers via des hôpitaux de comté.**



Le ministère de la santé supervise également la Caisse nationale de santé (CNS), rendant directement des comptes au gouvernement, et partage la responsabilité de l'approbation du plan financier de la Caisse avec le ministère des finances. La CNS est l'institution chargée de la mise en commun des ressources mobilisées par l'intermédiaire du régime d'assurance, de la fourniture des services de soins de santé aux citoyens ainsi que du financement des services et du remboursement des médicaments. Cette Caisse possède des succursales dans les 16 régions et des bureaux au niveau local.

Le régime d'assurance maladie est obligatoire par la loi et universel. Les agriculteurs sont également inclus dans la couverture du système. Les cotisations sont mises en commun dans la CNS et représentent la principale recette pour les dépenses de soins de santé.

Prestation des services

L'assurance maladie donne accès à une gamme de services incluant la prévention, le diagnostic, le traitement médical et les soins ambulatoires. Les prestations non couvertes par l'assurance sont incluses dans un «panier négatif». Les médecins et les établissements de soins de santé peuvent être choisis librement, dans la mesure où les prestataires ont conclu des accords contractuels avec les succursales régionales de la Caisse; cependant, une recommandation

d'un médecin est nécessaire pour accéder aux soins spécialisés et aux soins hospitaliers.

Les prestataires de soins de santé passent des contrats avec la CNS et peuvent être publics ou privés. Ils comprennent les médecins et les établissements de soins de santé publics et non publics (hôpitaux et cabinets). Les soins primaires sont dispensés par un médecin généraliste. Les soins secondaires sont prodigués dans des établissements qui peuvent être détenus par l'État, les collectivités régionales ou locales ou des acteurs privés; «*les établissements de soins de santé sont autonomes en ce qui concerne la planification, la réglementation et la gestion de leurs propres services*»¹⁷.



Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé		Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	C,R,L
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé		Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	C,R,L
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	C,R,L	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	C,R,L
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	C,L	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	
Détermination de la répartition des ressources entre les régions	C	Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	
Fixation des méthodes de rémunération des médecins	C	Financement des dépenses courantes des hôpitaux	
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux		Fixation des objectifs de santé publique	C,R,L

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

Le système de soins de santé est financé principalement par les cotisations à l'assurance maladie et, dans une moindre mesure, par les budgets de l'État et des pouvoirs autonomes, qui servent à payer les cotisations de certaines catégories de personnes et les investissements dans les établissements publics de soins de santé. En 2005, les cotisations sociales représentaient près de 57 % des dépenses totales de soins de santé, quelque 13 % étant encore fournis par une contribution du public sous la forme d'impôts. Les recettes privées représentaient environ 30 % des dépenses totales de santé en 2005, principalement des interventions personnelles des patients. Ceux-ci représentaient encore 24,3 % en 2007.

¹⁷ HOPE, profil de pays en ligne – Pologne: dernières informations datant de 2007.

Références:

[Site web du ministère de la santé](#)

[eHealth strategy and implementation activities in Poland](#). Rapport dans le cadre du projet de santé en ligne de l'EER

Zukowski M. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Pologne. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.21 Portugal

Principales caractéristiques du système de soins de santé portugais

- ▶ Réglementé, planifié et géré au niveau central, même si la prestation de services de soins de santé est structurée au niveau régional
- ▶ Fournit une couverture universelle la plupart du temps gratuite au point de service
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – impôts généraux
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée; divers «sous-systèmes» publics et privés complètent le système national

Structure du système

Au niveau central, le ministère de la santé est chargé de définir la politique de santé et est responsable de la réglementation, de la planification et de la gestion du système de santé national. Il réglemente et contrôle également les prestataires de services de santé privés. Sous l'administration directe ou indirecte du ministère sont placées plusieurs institutions et administrations régionales de santé (ARS) pour les régions Nord, Centre, Alentejo, Algarve et Lisbonne/Val-de-Tage. Chaque ARS est régie par un conseil qui rend des comptes au ministre de la santé. Ces cinq administrations sont responsables de la gestion du système de santé au niveau régional; plus précisément, dans leur zone de compétence, elles coordonnent, orientent et évaluent la mise en œuvre de la politique nationale de santé, en tenant compte des principes et directives contenus dans les plans régionaux, coordonnent la fourniture des soins de santé, supervisent la gestion des soins de santé primaires et des hôpitaux, et interagissent avec le secteur privé et d'autres organisations à but non lucratif ainsi qu'avec les conseils municipaux. Les conseils municipaux participent à des actions spécifiques ou à des initiatives basées sur des projets. Les centres de santé et les hôpitaux dépendent des ARS. Conformément au décret-loi n° 28/2008, les centres de soins de santé ont été regroupés en organisations locales appelées ACES (*Agrupamentos de Centros de Saúde*), qui disposent d'unités fonctionnelles pour la fourniture des soins de santé familiale



(*Unidades de Saúde Familiares – USF*), des soins de santé communautaires (*Unidades de Cuidados na Comunidade – UCC*), des soins de santé personnalisés (*Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP*) et des soins de santé publique (*Unidades de Saúde pública – USP*). Via ces ACES, la gestion de la prestation des soins de santé est décentralisée, bien que le rôle joué par les pouvoirs locaux soit minime.

Le système de santé national est complété par d'autres régimes publics ou privés ou «sous-systèmes» de santé, qui fournissent également des soins de santé. Il s'agit notamment des «*sous-systèmes de santé des fonctionnaires et autres agents de l'État, des sous-systèmes d'assurance maladie et d'autres sous-systèmes professionnels privés, financés par les cotisations des employeurs et des utilisateurs*» (ASISP, 2010).

Prestation des services

Les services de soins de santé sont fournis dans les centres de soins de santé primaires, les unités de santé spécialisés et les hôpitaux. Les soins primaires sont dispensés par les USF. Au mois d'avril 2010, le pays comptait 420 USF; il s'agit d'équipes pluridisciplinaires auto-organisées, comprenant des médecins généralistes, sélectionnées par des appels d'offres publics et exerçant sur la base d'un contrat, le contrat étant conclu avec l'ARS compétente.

Les soins hospitaliers et ambulatoires secondaires sont principalement assurés dans les hôpitaux. Les services d'urgence des hôpitaux sont également contactés directement par les patients et pas nécessairement pour des soins d'urgence; ainsi les médecins généralistes ne jouent pas systématiquement le rôle de médecin référent. En 2005, le pays comptait 111 hôpitaux publics et 93 unités privées. Les hôpitaux peuvent être publics ou privés et, dans ce dernier cas, ils peuvent poursuivre un but lucratif ou non lucratif. Les hôpitaux publics appartiennent à l'État et leur gestion peut être confiée à des acteurs privés sur une base contractuelle¹⁸. Les hôpitaux basés sur des partenariats public-privé sont de plus en plus courants.

Le secteur privé (à but lucratif et non lucratif) exploite des unités d'admission, des salles de consultation médicale, des centres diagnostiques et thérapeutiques et un réseau d'ambulances et de pharmacies. Les prestataires privés peuvent avoir des contrats avec le système de santé national ou avec d'autres sous-systèmes pour fournir des services de soins.

¹⁸ HOPE, profil de pays en ligne – Portugal: dernières informations datant de 2007.

INFARMED, qui rend des comptes au ministère de la santé, est l'autorité sanitaire chargée de l'évaluation, de l'autorisation, de l'inspection et du contrôle de la production, de la distribution, de la commercialisation et de l'utilisation des médicaments.

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé	C	Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	C
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé		Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	C,R
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé		Financement de l'entretien des hôpitaux existants	C,R
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	C	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	C,R
Détermination de la répartition des ressources entre les régions	C	Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	C,R
Fixation des méthodes de rémunération des médecins	C	Financement des dépenses courantes des hôpitaux	C,R
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	C	Fixation des objectifs de santé publique	C

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

Le système de santé publique est principalement financé par les impôts généraux, des impôts indirects pour l'essentiel (60 %). En 2005, les dépenses de santé publiques provenant des impôts généraux représentaient 71,9 % des dépenses totales de santé. Les dépenses privées représentaient 26,1 % des dépenses totales en 2005 (22,3 % provenant des interventions personnelles des patients et 3,8 % des assurances privées).

Le ministère des finances alloue des fonds au ministère de la santé, lequel, à son tour, alloue des budgets aux ARS, qui utilisent ces fonds pour les centres de soins de santé primaires. Les hôpitaux sont rémunérés directement par le ministère de la santé sur la base de contrats. Les sous-systèmes de santé publics et privés sont financés par les cotisations des employeurs et des salariés; celles-ci représentent quelque 9 % des dépenses totales de santé. Les régimes de financement publics et privés impliquent un partage des coûts qui représente une part importante des dépenses totales de santé (29 % en 2004).

Références:

Pita Barros P. et de Almeida Simões J. (2007), Health Systems in Transition, vol. 9 n° 5, [Portugal Health system review](#), Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Ribeiro Mendes F. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Portugal. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.22 Roumanie

Principales caractéristiques du système de soins de santé roumain

- ▶ Essentiellement centralisé, mais traverse un processus de décentralisation, en particulier en ce qui concerne les établissements hospitaliers, avec quelques responsabilités exercées par les pouvoirs locaux (conseils de département)
- ▶ Fournit une couverture universelle gratuite au point de service
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – contribution du système d'assurance national ainsi que des impôts généraux au niveau national et, dans une moindre mesure, départemental
- ▶ Prestation de services essentiellement publique

Structure du système

Au niveau central, le ministère de la santé publique est responsable de l'élaboration des politiques, de la définition du cadre juridique, de l'adoption de la réglementation (y compris pour le secteur pharmaceutique), de l'établissement des normes opérationnelles, du contrôle et de l'évaluation de la prestation des soins de santé et de l'organisation des prestataires de soins de santé. Il est représenté au niveau des départements par 42 autorités départementales de santé publique (ADSP), une pour chacun des 41 départements et une pour Bucarest.

L'Institut national d'assurance maladie est l'institution publique autonome chargée de l'administration et de la réglementation de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et responsable, en particulier, de la détermination de l'ensemble des prestations, de l'affectation des ressources aux départements (via 42 caisses départementales d'assurance maladie – CDAM) et aux types de soins, et de l'élaboration de la convention-cadre annuelle sur la base de laquelle les services des prestataires publics et privés sont fournis.

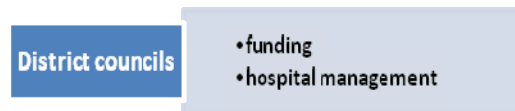
Les pouvoirs locaux (conseils de département) sont chargés d'élaborer les conditions-cadres pour la prestation des services d'intérêt public, parmi lesquels figurent les soins de santé, et sont compétents pour **fixer les budgets et impôts locaux. Depuis 2002, ils sont aussi les propriétaires de presque tous les établissements publics de soins de santé. Même si, en théorie, ils pourraient jouer un rôle important, leur contribution est mineure en raison de contraintes en matière de ressources financières et humaines.** Au niveau départemental, la fourniture des soins de santé est en fait contrôlée et organisée par les ADSP, les CDAM jouant un rôle majeur dans la sous-traitance des prestataires de services (en fait, les ADSP gèrent moins d'un tiers du budget public disponible, le reste étant géré par les CDAM). Le conseil de département nomme un des membres du conseil d'administration dirigeant chaque CDAM.



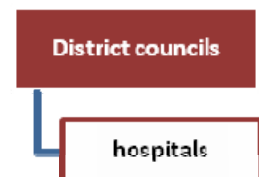
Prestation des services

Le régime d'assurance maladie obligatoire introduit en 1998 couvre l'ensemble de la population. L'assurance maladie donne accès à un ensemble de prestations de base qui comprend, entre autres, les services de soins de santé (soins ambulatoires, soins hospitaliers et services d'urgence), les produits pharmaceutiques, les services de dentisterie et la réadaptation.

Presque tous les prestataires de santé sont des praticiens indépendants ayant signé un contrat avec les CDAM. Les services de



soins de santé primaires sont fournis par les médecins de famille. Les soins secondaires ambulatoires sont assurés par un réseau de services de soins ambulatoires dans les hôpitaux, des centres de diagnostic et de traitement et des spécialistes. En 2009, en raison d'éléments démontrant la gestion insatisfaisante des hôpitaux, un processus de décentralisation de 373 hôpitaux (sur un total de 435) a été lancé; les hôpitaux décentralisés seront financés par le budget national et les budgets locaux ainsi que par la CNAM. Les pouvoirs locaux nommeront les gestionnaires des hôpitaux et financeront les dépenses administratives.



La population est libre de choisir son prestataire; l'accès aux soins secondaires dans les hôpitaux est soumis à une recommandation du médecin de famille, sauf pour les situations d'urgence.

Financement et dépenses de soins de santé

Les principales sources de financement des soins de santé sont les cotisations versées par les assurés, qui représentaient au total près de 83 % en 2004 (et 75 % en 2007, selon les estimations). Plusieurs catégories sont dispensées de ce paiement, dont, par exemple, les personnes à charge de l'assuré, les chômeurs, les personnes en service militaire ou les personnes âgées de moins de 18 ans. En 2010, les cotisations des salariés représentaient 10,7 % de leur salaire (5,5 % versés par les salariés et 5,2 % par les employeurs). Les taxes représentent la deuxième source de revenu pour les dépenses de santé: en 2004, ces contributions se sont élevées à 15,8 % du total, dont 14,4 % provenaient des impôts généraux et 1,4 % des impôts locaux.

Les interventions personnelles des patients concernent les copaiements pour les services inclus dans l'ensemble des prestations ou les paiements directs pour des services achetés directement auprès de prestataires privés. Il n'existe aucune estimation récente de ces paiements; en 1996, ils étaient estimés représenter 29 % des dépenses totales de santé, alors qu'en 2002, selon les données de l'OMS, ce chiffre était de 34 %. En avril 2010, un nouveau mécanisme de copaiement, appelé «ticket de santé», a été introduit, lequel définit un taux de contribution par type de service (par exemple, la contribution pour les médicaments peut varier de 0 % à 50 % du prix de référence); les exonérations au paiement des cotisations s'appliquent.

Références:

Vladescu C. *et al.* (2008), Health Systems in Transition, vol. 10 n° 3, [Romania: Health system review](#), Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Zaman C. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Roumanie. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.23 Slovaquie

Principales caractéristiques du système de soins de santé slovaque

- ▶ Partiellement décentralisé, certaines responsabilités étant exercées par les collectivités régionales (régions autonomes) et les municipalités en ce qui concerne les établissements de soins secondaires et primaires, respectivement
- ▶ Fournit une couverture universelle la plupart du temps gratuite au point de service grâce à un système d'assurance maladie obligatoire
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – contributions du système d'assurance
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système

Au niveau du gouvernement central, le ministère de la santé est responsable de la politique et de la réglementation des soins de santé, y compris la tarification; il gère également les programmes nationaux dans le domaine de la santé et fixe les critères de qualité et la portée de l'ensemble des prestations à fournir aux assurés. Enfin, il est le propriétaire des établissements de soins et de l'une des trois compagnies d'assurance existantes. L'assistance sociale relève de la responsabilité du ministère du travail, des affaires sociales et de la famille, ce qui a conduit à une évolution distincte des deux systèmes. D'autres ministères, tels que, par exemple, le ministère des finances pour l'affectation du budget, interviennent dans d'autres aspects liés à la santé.



L'Autorité de surveillance des soins de santé (ASSS) a été créée en 2004 pour surmonter les conflits d'intérêts évidents. Elle supervise l'assurance maladie, le marché de l'achat et de la fourniture des services et le mécanisme d'ajustement aux risques pour la redistribution des cotisations collectées par les régimes d'assurance. Divers organismes et autorités au niveau central supervisent d'autres tâches liées à la santé.

Certaines tâches ont été décentralisées vers les huit régions autonomes, notamment en ce qui concerne la surveillance, la délivrance de permis aux prestataires et la fourniture des soins de santé dans des circonstances

particulières, comme en cas de retrait temporaire d'un prestataire ou de détection d'une mauvaise accessibilité des services pour les patients – dans ce dernier cas, les régions peuvent nommer directement les médecins pour surmonter la pénurie. Sur la base des éléments fournis, elles peuvent exclure un prestataire du marché, mais seulement sur recommandation de l'ASSS. En outre, le gouvernement central doit approuver le «médecin-chef» de chaque région autonome. De plus, les régions possèdent et gèrent de façon autonome certains



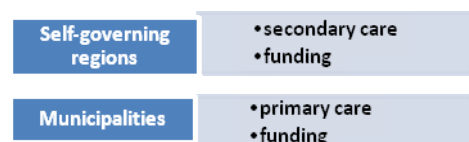
établissements de soins de santé, dans lesquels elles investissent fréquemment. **La propriété des établissements a été transférée en 2003: les régions autonomes ont reçu les hôpitaux de «type II», qui dispensent des soins secondaires, tandis que les hôpitaux de «type I», disposant d’installations de soins primaires, ont été confiés aux municipalités.** La coordination entre le gouvernement central et les régions autonomes n’est pas toujours parfaite. En outre, les régions autonomes et les municipalités participent également au financement de la protection sociale à travers leurs budgets respectifs.

Le gouvernement central a conservé la propriété des structures les plus grandes et hautement spécialisées, souvent sous la forme d’«organisations contributives», à savoir d’entités pour lesquelles les autorités gouvernementales ne sont pas les seules sources de financement et les revenus d’autres sources sont possibles. Les services de santé au sein de ministères autres que celui de la santé gèrent les établissements de santé qui leur appartiennent. Les pharmacies et les laboratoires de diagnostic ainsi que la majorité (90 %) des services de soins ambulatoires sont privés.

Les trois compagnies d’assurance maladie jouent un rôle clé dans ce système, car elles achètent les services qu’elles sont tenues de fournir à l’assuré en fonction d’un ensemble de prestations déterminé par la loi. L’assurance obligatoire est fournie à la population par une de ces compagnies, auparavant des caisses d’assurance maladie (qui étaient des institutions publiques) qui, depuis 2005, ont été transformées en sociétés par actions à but lucratif. Le ministère de la santé possède la plus grande des trois, qui détenait une part de marché de 68 % en 2010, tandis que les deux autres sont privées. Ces compagnies sont soumises à une concurrence dirigée. Les prestataires peuvent être publics, privés, à but non lucratif ou contributifs; tous, sauf 39 hôpitaux publics considérés comme fondamentaux pour le maintien d’une répartition géographique équitable des services, se livrent concurrence pour décrocher des contrats sur la base de critères de qualité et des prix.

Prestation des services

Les patients peuvent choisir librement leur médecin généraliste ou leur spécialiste, mais, sauf pour les médecins généralistes, tous les autres prestataires doivent avoir signé un contrat avec les compagnies d’assurance. La prestation des services ne nécessite pas de copaiements, à quelques exceptions près, comme pour les soins dentaires. Les soins ambulatoires sont dispensés dans les cabinets de médecine générale, dans les hôpitaux de jour ou dans les services de soins ambulatoires des polycliniques. Les soins secondaires sont dispensés dans



les hôpitaux généraux (y compris les hôpitaux universitaires) et les hôpitaux spécialisés, appartenant aux pouvoirs publics ou au secteur privé. Les soins secondaires nécessitent une recommandation d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste (système de médecin référent). Les services de soins d'urgence sont fournis par des prestataires privés ou publics, et les pharmacies et les distributeurs de médicaments sont presque tous privés.

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé		Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé		Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	C	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins		Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	
Détermination de la répartition des ressources entre les régions		Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	
Fixation des méthodes de rémunération des médecins		Financement des dépenses courantes des hôpitaux	
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux		Fixation des objectifs de santé publique	C,R,L

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

Les cotisations recueillies par les versements à l'assurance maladie représentent la principale source de financement du système public. Parmi les contributeurs figurent la population active occupée, les personnes volontairement sans emploi et les chômeurs, pour lesquels l'État paie les cotisations. Un système de financement gouvernemental existe aussi, fondé sur les impôts généraux au niveau national, régional et municipal. Les contributions privées proviennent des frais d'utilisation et des copaiements par les patients. Les régimes d'assurance volontaire ne sont pas couramment souscrits. En 2007, les dépenses du secteur public représentaient 76,5 % des dépenses totales de santé, le reste provenant de financements privés via des revenus privés. Les dépenses privées suivent une tendance à la hausse, due essentiellement à l'augmentation des dépenses pour les médicaments.

Référence:

Szalay T. *et al.* (2011), [Slovakia: Health system review](#). Health Systems in Transition, 2011; 13(2):1–200, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

2.2.24 Slovénie

Principales caractéristiques du système de soins de santé slovène

- ▶ Essentiellement centralisé quoique mis en œuvre via des antennes locales, avec certaines responsabilités exercées par les pouvoirs locaux (municipalités) au niveau des soins primaires
- ▶ Fournit une couverture quasi universelle (99 %) grâce à un système d'assurance maladie obligatoire
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – contributions du système d'assurance national et, dans une moindre mesure, des impôts généraux au niveau national et municipal
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système

Le niveau central, par l'intermédiaire de plusieurs organismes, est responsable des fonctions administratives et réglementaires, des politiques, de la planification (y compris pour le personnel de santé), de l'établissement des priorités et des questions budgétaires. Le ministère de la santé élabore la législation et surveille sa mise en œuvre, traite du financement de la santé, de la santé publique, de l'approvisionnement en médicaments et du marché des médicaments; il gère également les établissements publics de soins de santé secondaires et tertiaires. L'Institution d'assurance maladie (IAM) est un organisme public indépendant supervisé par le gouvernement et chargé de l'administration de l'assurance maladie sociale régie par la législation nationale et sur laquelle le système de santé national repose depuis 1992 et l'adoption de la loi sur les soins de santé et l'assurance maladie. Cette assurance maladie obligatoire et universelle couvre les personnes qui ont un statut d'emploi ou le statut de «dépendance légalement définie», comme c'est le cas, par exemple, des mineurs ou des chômeurs inscrits. L'IAM achète les services pour les assurés. Elle est structurée au niveau régional et local, avec 10 et 45 succursales, respectivement.



Les établissements publics de soins de santé secondaires et tertiaires sont la propriété du gouvernement. **Les pouvoirs locaux sont responsables de la planification et de la maintenance du réseau de soins primaires, y compris des pharmacies.** Les municipalités possèdent des centres de soins de santé primaires publics et octroient des concessions aux prestataires de soins de santé privés au niveau des soins primaires, ces concessions leur permettant d'avoir accès au marché des services remboursés par les régimes d'assurance obligatoires et complémentaires. Dans l'ensemble, le rôle des pouvoirs locaux est encore limité et, dans la pratique, ils n'exercent très souvent pas leurs fonctions de planification. En plus de recevoir un financement du niveau central, les municipalités lèvent leurs propres ressources financières grâce aux impôts locaux. Étant donné que les soins de longue durée sont également dispensés

dans le cadre des soins primaires, sous la forme de soins infirmiers communautaires et de soins à domicile, les pouvoirs locaux contribuent aussi financièrement à ces services.



Prestation des services

Les prestataires de services sont essentiellement publics, mais le nombre de prestataires privés est en augmentation, surtout au niveau des soins primaires. Les soins primaires, y compris les services de diagnostic, sont assurés par des centres de soins de santé primaires publics, pour les soins d'urgence et de médecine générale, par des postes sanitaires et des médecins généralistes privés. En ce qui concerne les soins secondaires, les services sont fournis dans les hôpitaux (ou les polycliniques) et dans des établissements privés. Presque tous les hôpitaux sont publics. Les soins secondaires sont accessibles avec une recommandation du médecin personnel (système de médecin référent). Les patients peuvent choisir librement leur médecin. Les services de soins d'urgence sont intégrés dans les structures de soins primaires et secondaires.

Municipalities

- funding
- planning primary care

Les services sont achetés par l'IAM et les compagnies d'assurance maladie. En général, des négociations ont lieu et se concluent par des conventions générales et spéciales entre l'IAM et les prestataires (professionnels ou établissements comme les hôpitaux et les centres de soins primaires). L'assurance maladie obligatoire donne accès à un ensemble de prestations; les services non inclus dans cet ensemble nécessitent des copaiements (de 5 % à 75 % selon le service) qui sont couverts par une assurance complémentaire ou volontaire.

Les pharmacies étaient toutes détenues par les municipalités en 1992, alors qu'en 2005, sur les 273 pharmacies existantes, 84 étaient privées.

Financement et dépenses de soins de santé

Le système est principalement financé par des sources publiques, mais le financement privé – copaiements et assurance complémentaire – représente une part importante (27,8 % en 2006). Une assurance complémentaire est souscrite par la majorité des personnes cotisant à l'assurance obligatoire (98 %, soit une couverture de 85 % de l'ensemble de la population) et vise seulement à couvrir les copaiements; depuis 2005, la même prime s'applique à tous les individus, indépendamment de l'âge et de l'entreprise, selon un «régime de péréquation des risques» mis en place par le ministère de la santé (tous les fonds recueillis par les compagnies d'assurance volontaire sont regroupés, puis redistribués selon ce régime). La plupart des dépenses publiques (67,1 % en 2006) sont financées en dehors du système d'assurance public; les cotisations aux systèmes

d'assurance publics proviennent des recettes. Une autre source publique, ayant contribué à quelque 5,2 % des dépenses totales de santé en 2006, est représentée par les impôts généraux, au niveau national (impôt sur le revenu, impôt sur les sociétés, TVA et taxe d'accise) et au niveau municipal; ces financements sont le plus souvent destinés à couvrir les investissements de capitaux dans des structures de propriété publique, en particulier, pour les pouvoirs locaux, la fourniture et la maintenance des centres de soins de santé, des postes de santé et des pharmacies publiques.

Référence:

Albrecht T. *et al.* (2009), Health Systems in Transition. [Slovenia: Health system review](#), Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

2.2.25 Espagne

Principales caractéristiques du système de soins de santé espagnol

- ▶ Très décentralisé, avec un rôle important joué par les collectivités régionales (communautés autonomes)
- ▶ Fournit une couverture universelle la plupart du temps gratuite au point de service
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – impôts généraux, y compris taxes régionales
- ▶ Prestation de services mixte – essentiellement publique et, dans une moindre mesure seulement, privée

Structure du système

Depuis 2002, les responsabilités en matière de soins de santé relèvent des 17 communautés autonomes. Le ministère national de la santé et de la politique sociale est responsable du financement du système. En outre, il supervise le secteur pharmaceutique, garantit le bon fonctionnement du système, adopte la législation de base dans le domaine de la santé et de la protection sociale, définit les ensembles minimaux de prestations et les normes de qualité, surveille et assure la coordination générale; l'organe de coordination est le Conseil interterritorial du système de santé national, présidé par le ministre national et comprenant les 17 ministres régionaux de la santé; le Conseil ne peut qu'émettre des recommandations.



Les responsabilités politiques, de réglementation, de planification et d'organisation des systèmes de santé régionaux sont exercées par les ministères régionaux de la santé (*Consejería de Salud*).

Autonomous Communities

- policy development,
- regulation
- planning
- provision of services
- funding

Tout en respectant l'ensemble des prestations de base convenu au niveau national, les ministères

régionaux de la santé peuvent définir des ensembles de prestations adaptés aux préférences régionales; ils définissent aussi les territoires et les zones de santé de base du système de soins de santé. Un service régional de santé (*Servicio Regional de Salud*) joue le rôle de prestataire de services, généralement via deux organisations, l'une pour les soins primaires et l'autre pour les soins secondaires (ambulatoires et hospitaliers), même si des structures intégrées offrant les deux types de soins sont en phase pilote dans les régions. Le service régional de santé peut également acheter des services auprès de tiers, sous-traiter des prestataires non publics au moyen de plusieurs «formules juridiques» ou accords. Le service régional de santé assume la responsabilité de la planification opérationnelle, de la gestion du réseau de service et de la coordination de la fourniture des soins de santé.

Les pouvoirs locaux ont de tout temps participé à la gestion des soins de santé; leur participation à la gouvernance de la santé se fait via les conseils locaux, qui mènent les tâches de surveillance et de consultation. En outre, les comités de participation des hôpitaux, qui comptent des représentants des municipalités et des associations locales de consommateurs, permettent d'intervenir auprès de la direction des hôpitaux. Toutefois, dans l'ensemble, le rôle des pouvoirs locaux est limité, même si certaines grandes municipalités peuvent encore avoir les ressources nécessaires pour mener à bien des initiatives de santé importantes. En général, les autorités régionales administrent près de 90 % des ressources allouées à la santé; une petite quantité (plus de 1 %) est également directement administrée par les municipalités, le reste étant dépensé au niveau central.

Quelque 95 % de la population sont couverts par un régime général d'assurance sociale qui donne accès au système de santé publique; en outre, il existe trois régimes spéciaux pour les fonctionnaires; enfin, il existe des régimes privés volontaires, de plus en plus souscrits et couvrant, en moyenne dans les régions, quelque 13 % de la population. Les régimes d'assurance volontaire permettent l'accès aux services pour lesquels les périodes d'attente sont longues dans le système public, ou qui ne sont pas inclus dans l'ensemble des prestations, comme les soins dentaires pour adultes.

Prestation des services

Les services sont assurés dans un cadre territorial structuré, basé sur un système de territoires et de zones de santé («carte» des soins de santé) qui, souvent, ne correspondent pas aux limites administratives. Chaque territoire de soins de santé (161 en 2010) couvre entre 200 000 et 250 000 personnes et comprend plusieurs zones de santé de base, qui sont les plus petites unités de la structure organisationnelle de la fourniture des soins de santé primaires. Les soins primaires sont assurés par un réseau public de centres de soins de santé. Les

zones rurales dont la densité de population est faible disposent de bureaux médicaux locaux. Dans chaque zone de santé, dont la population couverte varie entre 5 000 et 25 000 habitants, une équipe de soins primaires joue le rôle de médecin référent.

L'accès aux soins spécialisés nécessite une recommandation d'un médecin généraliste, à l'exception des situations d'urgence, qui sont traitées dans des centres de soins de santé primaires d'urgence ouverts en permanence ou dans les unités d'urgence des hôpitaux. Les soins spécialisés sont dispensés dans des centres de soins spécialisés (*centros de especialidades*) et dans les hôpitaux sous la forme de soins ambulatoires et de soins hospitaliers. Chaque territoire de santé compte au moins un hôpital général. En 2008, le pays comptait quelque 804 hôpitaux, dont environ 40 % appartenaient au système de santé publique, les autres étant privés. Les hôpitaux sont gérés par les communautés autonomes ou selon d'autres dispositions, comme des partenariats public-privé¹⁹.



⇒ En Catalogne, le service régional de santé (*CatSalud*) est l'acheteur des services par l'intermédiaire du réseau catalan des hôpitaux d'utilisation publique (XHUP). Ce réseau comprend à la fois des prestataires publics et privés tels que «des consortiums et des associations municipales, des entreprises publiques, des fondations privées, des mutualités de travailleurs, des associations caritatives religieuses, des entreprises privées et des associations professionnelles/coopératives» (García-Armesto S. *et al.*, 2010). Ces prestataires constituent des entités associatives (*Entitats de Base Associativa – EBA*), c'est-à-dire des groupes de professionnels des soins primaires constitués en entreprises possédant leur propre statut juridique qui, sur la base de contrats passés avec les services régionaux de santé, gèrent les zones de santé de base, devenant ainsi, dans la pratique, l'équipe de soins primaires de référence.

Le secteur pharmaceutique est réglementé par le gouvernement central, mais les régions sont représentées au sein de la Commission nationale pour l'utilisation rationnelle des produits pharmaceutiques, qui relève du Conseil interterritorial du système de santé national et est chargée de statuer sur les remboursements. La prescription et la délivrance sont placées sous la responsabilité des départements régionaux de la santé au sein des ministères respectifs. Les médicaments ne peuvent être délivrés que dans les pharmacies, qui sont des entreprises privées à but lucratif pouvant être détenues uniquement par des pharmaciens et dont le permis, une fois remporté par un appel d'offres public, devient une marchandise. Les citoyens contribuent par un copaiement à hauteur

¹⁹ HOPE, profil de pays en ligne – Espagne: dernières informations datant de 2007.

de 40 % sur le prix de détail, avec des exemptions appliquées à certaines catégories (retraités et malades chroniques).

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé		Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	R
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé		Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	R
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	R	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	R
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	R	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	R
Détermination de la répartition des ressources entre les régions	C	Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	R
Fixation des méthodes de rémunération des médecins	R	Financement des dépenses courantes des hôpitaux	R
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	R	Fixation des objectifs de santé publique	R

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

Il n'y a pas de budget alloué à la santé; les régions couvrent les dépenses de santé à partir de leurs budgets généraux, qui, à leur tour, sont déterminés par les mécanismes de financement existants du gouvernement central aux administrations régionales. En moyenne, la santé publique représente 30 % du budget total des régions.

La part des dépenses de santé publique est d'environ 71 %; le financement privé dans les dépenses totales de santé est de 28,8 % (en 2007), provenant presque entièrement des interventions personnelles des patients pour les médicaments (copaiement de 40 %).

Les dépenses publiques de soins de santé sont presque exclusivement financées (quelque 94 %) par les impôts généraux. Les recettes provenant des taxes sont totalement ou partiellement allouées aux régions; ces dernières exercent un contrôle direct sur les impôts sur les donations et les successions, les propriétés et les transferts de propriété ainsi que sur les taxes sur les jeux, et reçoivent environ 35 % des impôts sur le revenu des personnes physiques et de la TVA et 40 % des taxes sur la consommation de produits à base d'hydrocarbures, de tabac, de boissons alcoolisées et d'électricité.

Les ministères régionaux allouent le financement dans la plupart des cas au service régional de santé, en tant que principal prestataire, avec lequel les budgets annuels globaux sont négociés. À son tour, le service régional négocie des contrats annuels globaux avec les prestataires de soins primaires, de soins spécialisés et de soins hospitaliers. Il peut également être fait appel à des prestataires privés, et le service régional de santé peut agir comme un acheteur plutôt que comme un prestataire.

Références:

[National Health System of Spain](#), 2010, ministère de la santé et de la politique sociale

Garcia-Armesto S. *et al.* (2010), Health Systems in Transition, vol. 12 n° 4, [Spain Health System Review](#), Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Guillén Rodríguez A.M. *et al.* (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Espagne. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.26 Suède

Principales caractéristiques du système de soins de santé suédois

- ▶ Très décentralisé, avec un rôle important joué par les collectivités régionales (conseils de comté) et, dans une moindre mesure, les pouvoirs locaux (municipalités), également sur le plan financier
- ▶ Fournit une couverture universelle moyennant le paiement d'une redevance nominale au point d'utilisation
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – impôts régionaux et municipaux principalement
- ▶ Prestation de services mixte – publique et privée

Structure du système

L'État est responsable de la politique et de la législation globales dans le domaine des soins de santé et des soins médicaux, mais les responsabilités de l'organisation des services de soins de santé relèvent essentiellement des collectivités régionales et locales. Au niveau central, les soins de santé et les soins médicaux sont placés sous la responsabilité du ministère de la santé et des affaires sociales, soutenu dans ses activités par cinq agences. Le ministère élabore la législation, formule les politiques, distribue les ressources, contrôle la mise en œuvre et négocie avec les conseils de comté et les municipalités sur des questions relatives à la prestation des services. La négociation se fait par

l'intermédiaire de l'Association suédoise des pouvoirs locaux et des régions, un organisme représentant les intérêts des collectivités régionales et locales.

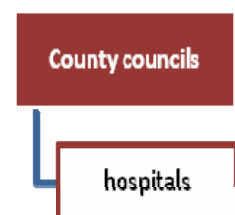
Le système de santé national repose sur la décentralisation des responsabilités vers les niveaux régional et local; les responsabilités des conseils de comté et des municipalités en matière de soins de santé et de soins médicaux sont régies par la loi sur les services de santé et les services médicaux. Le pays compte 18 conseils de comté et deux régions dont les structures organisationnelles sont différentes mais généralement organisés autour d'autorités sanitaires de circonscription. Les conseils de comté sont responsables de l'organisation des services liés aux soins de santé et aux soins médicaux. Les responsabilités des municipalités se concentrent généralement sur les soins aux personnes âgées, aux personnes ayant quitté l'hôpital et aux personnes handicapées.



Prestation des services

Les soins primaires comprennent le traitement médical, les soins, les mesures de prévention et la réadaptation et sont dispensés par les médecins, les infirmiers et d'autres professionnels de la santé, travaillant soit en cabinet privé soit en tant que salariés du secteur public. Les soins primaires sont souvent assurés dans des centres de soins primaires dont la gestion a été confiée par les conseils de comté à d'autres prestataires. Globalement, en 2005, quelque 10 % des dépenses totales de soins de santé des conseils de comté étaient consacrés à la sous-traitance à des prestataires privés. Les médecins généralistes jouent le rôle de médecin référent dans certains comtés tandis que, dans d'autres, les patients ont un accès direct aux soins spécialisés. Les patients peuvent choisir leur médecin et leur hôpital dans n'importe quel comté et n'importe quelle région.

Les services sont de plus en plus assurés par le secteur privé pour les soins ambulatoires et médicaux, mais les soins spécialisés et les soins hospitaliers restent dominés par des prestataires publics. Les soins médicaux à l'échelle des comtés fournissent un deuxième niveau, plus spécialisé, de soins via des hôpitaux de comté comprenant des unités ambulatoires et des unités de soins hospitaliers. Les hôpitaux appartiennent majoritairement aux conseils de comté, mais ils peuvent être gérés par des sociétés privées auxquelles les conseils de comté ont transféré tout ou partie des responsabilités opérationnelles. Un troisième niveau de soins est le niveau des «soins régionaux», dispensés dans des hôpitaux régionaux et ayant généralement traité des maladies et des blessures plus complexes.



Enquête de l'OCDE

Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé	C,R,L	Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	C,R
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé	C,R,L	Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	C,R
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	C,R,L	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	R
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	R	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	R
Détermination de la répartition des ressources entre les régions	C	Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	R
Fixation des méthodes de rémunération des médecins		Financement des dépenses courantes des hôpitaux	R
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	R,L	Fixation des objectifs de santé publique	

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Financement et dépenses de soins de santé

Les dépenses de soins de santé sont principalement financées par les impôts généraux au niveau national et local, qui représentaient 84,9 % des dépenses totales de santé en 2005. En 2005, le financement privé des soins de santé sous la forme de copaiements représentait 13,9 % des dépenses totales de santé. Le nombre de personnes souscrivant une assurance maladie privée est relativement faible, mais suit une tendance à la hausse (4,6 % en 2008).

Les dépenses pour les soins de santé et les soins médicaux (ainsi que les soins dentaires) représentent 89 % des budgets des conseils de comté. Une très forte proportion (71 % en 2007) des services des conseils de comté est financée par les taxes prélevées par les conseils de comté. Les autres recettes proviennent des frais d'utilisation, de la vente des services et de subventions spéciales de l'État (2 %).

Les dépenses de soins pour les personnes âgées et les personnes handicapées représentent environ un tiers des dépenses totales des municipalités. Les municipalités génèrent également une part importante de leurs recettes par les impôts locaux, qui contribuent à quelque 8 % des dépenses totales de santé.

Références:

[Site web](#) du ministère de la santé et des affaires sociales

Magnussen J. *et al.* (2009), [Nordic Health Care Systems – Recent Reforms and Current Policy Challenges](#). Open University Press, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Wadensjö E. et Axelsson R. (2010), rapport national annuel 2010 – Retraites, santé et soins de longue durée: Suède. [ASISP](#): Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale

2.2.27 Royaume-Uni

Principales caractéristiques du système de soins de santé britannique

- ▶ Décentralisé vers chacun des pays constitutifs; centralisé au sein de chaque pays constitutif, quoique organisé et administré sur une base locale; en Angleterre, les pouvoirs locaux (conseils) jouent un rôle dans la fourniture et le financement des services sociaux
- ▶ Fournit une couverture aux «résidents ordinaires» en Angleterre, la plupart du temps gratuite au point de service
- ▶ Financement essentiellement public des soins de santé – impôts généraux et cotisations à l'assurance nationale
- ▶ Prestation de services essentiellement publique

Chacun des quatre pays constitutifs du Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Pays de Galles et Irlande du Nord) dispose de son propre système de santé national (*National Health Service – NHS*), financé par des fonds publics. Comme le NHS anglais couvre 84 % de la population totale du Royaume-Uni, l'accent a été principalement mis sur sa description.



Angleterre

Le secrétaire d'État à la santé assume la responsabilité globale de la santé publique. Il est responsable devant le Parlement du Royaume-Uni. Le ministère de la santé, dirigé par le secrétaire d'État et un secrétaire permanent, est responsable de la politique de santé et de la réglementation dans ce domaine ainsi que des dépenses du budget central; il opère au niveau régional par l'intermédiaire de dix autorités stratégiques de santé. Au niveau local, l'achat et la prestation des services sont séparés; les services de santé sont achetés par 151 organisations de soins primaires, essentiellement des fiducies de soins primaires (*Primary Care Trusts – PCT*), chacune couvrant environ 340 000 habitants. Les PCT peuvent aussi fournir



certains services de santé directement. Les médecins généralistes jouent également un rôle dans l'achat des services via leur cabinet.

Les soins primaires sont dispensés par des médecins généralistes indépendants et dans leur cabinet, ainsi que par d'autres structures telles que les services de santé communautaires, les postes médicaux du NHS, etc. Les prestataires de soins primaires jouent le rôle de médecin référent pour les soins secondaires. Les soins secondaires sont assurés par des professionnels de la santé salariés, des hôpitaux publics (fiducies du NHS) et des «fiducies de fondation». Ces dernières sont un exemple du transfert de responsabilités depuis le niveau central dans le domaine de la gestion et de la gouvernance des hôpitaux; elles sont gérées par des gestionnaires et du personnel locaux et des membres de la communauté locale. La fourniture de services par le secteur privé est limitée. Les soins tertiaires plus spécialisés sont dispensés par les fiducies du NHS. Presque tous les soins d'urgence sont assurés par des services publics dans le cadre du NHS et financés par des fonds publics; le pays compte par exemple 11 fiducies d'ambulance du NHS pour la fourniture des services d'ambulance.

Les pouvoirs locaux (conseils) sont responsables des services sociaux. Plus précisément, la protection sociale relève de la responsabilité légale de 152 Conseils aux responsabilités de services sociaux pour adultes (*Councils with Adult Social Services Responsibilities – CASSR*). Cette protection est financée par des fonds publics (budgets des pouvoirs locaux, provenant des impôts du conseil et de l'impôt sur les sociétés) et privés (principalement des interventions personnelles des patients ou des cotisations d'assurance privée). Les «paiements directs» représentent une autre forme de soutien fourni par les pouvoirs locaux à la population pour des besoins de soins; sur la base d'évaluations des besoins, les pouvoirs locaux allouent des budgets individuels qui sont utilisés par les bénéficiaires pour acheter les services nécessaires. Les pouvoirs locaux sont également consultés par les PCT pour la définition des priorités locales et, en particulier, ils participent à la réalisation d'une «convention locale» établissant des priorités d'action et des objectifs de résultats en matière de santé. En outre, conformément à la loi de 2007 sur la participation des pouvoirs locaux et du public à la santé, des réseaux de participation locaux ont été mis en place en 2008. Ces réseaux permettent à la population de participer à l'achat, à la fourniture et au contrôle au niveau local des services de santé et des services sociaux; ils sont soutenus sur le plan financier et organisationnel par les pouvoirs locaux, bien que le financement provienne du niveau central.

Les services sont essentiellement financés par des sources publiques – principalement à partir des impôts généraux (impôt sur le revenu, TVA, impôt sur les sociétés et droits d'accises) et des cotisations à l'assurance nationale (en tant que cotisations obligatoires versées par les employeurs et les salariés sur le

salaires bruts, et par les travailleurs indépendants sur les bénéficiaires). Les dépenses privées proviennent d'une assurance médicale privée, des frais d'utilisation ou du partage des coûts pour les services non fournis ou non entièrement payés par le NHS, et des paiements directs pour les services fournis par des prestataires privés. Les fonds sont alloués par le gouvernement central au ministère de la santé, qui transfère environ 80 % de ce budget du NHS aux PCT. Les PCT sont responsables de l'achat des services primaires, communautaires, intermédiaires et hospitaliers. Les prestataires sont essentiellement publics, mais ils peuvent aussi inclure certains prestataires privés et du secteur bénévole. En 2008, plus de 82 % des dépenses totales de santé provenaient de sources publiques.

Écosse

La direction de la santé du gouvernement écossais est responsable du système de santé national (*National Health Service – NHS*) du pays et de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique des soins de santé et des soins communautaires. Les services de soins de santé primaires et secondaires sont planifiés par 14 conseils régionaux du NHS, qui adoptent, avec le gouvernement, des «plans de prestation locale», c'est-à-dire des contrats de performance sur trois ans devant permettre d'atteindre une série d'objectifs, dits objectifs «HEAT» (*Health Improvement, Efficiency and Governance Improvements, Access to Services, Treatment Appropriate to Individuals*: amélioration de la santé, amélioration de l'efficacité et de la gouvernance, accès aux services, traitement approprié à chacun). Les conseils ont des obligations légales en ce qui concerne la coopération et la participation du public.

Pays de Galles

Le gouvernement de l'Assemblée galloise est responsable du NHS. Le département de la santé et des services sociaux conseille le gouvernement de l'Assemblée en ce qui concerne les stratégies, les politiques et les questions réglementaires et financières dans le domaine de la santé et des soins sociaux. Fin 2009, le NHS a été restructuré pour inclure 7 comités de santé locaux (*Local Health Boards – LHB*) et trois fiducies du NHS (la fiducie galloise des services d'ambulance pour les services d'urgence, la fiducie Velindre du NHS pour les services spécialisés liés au cancer et la fiducie de santé publique du Pays de Galles). Les LHB planifient, assurent et fournissent les services de soins de santé dans leur région. Les soins primaires sont dispensés par les médecins généralistes et d'autres professionnels de la santé dans des centres de santé et des cabinets médicaux et les soins secondaires et tertiaires sont assurés dans les hôpitaux. Les services de soins communautaires sont généralement fournis en partenariat avec les services sociaux locaux.

Irlande du Nord

Le Conseil des soins de santé et des soins sociaux, qui relève du département de la santé, des services sociaux et de la sécurité publique du gouvernement d'Irlande du Nord, est chargé depuis sa création en avril 2009 d'acheter les services de santé et les services sociaux, de coopérer avec les fiduciaires de soins de santé et de soins sociaux, qui fournissent les services, et de déployer et de gérer le financement annuel reçu de l'exécutif d'Irlande du Nord. Il agit par l'intermédiaire de groupes locaux d'achat couvrant les régions de compétence des fiduciaires de soins de santé et de soins sociaux. Sa mission consiste à faire participer les prestataires, les pouvoirs locaux, les utilisateurs, les communautés locales, le secteur bénévole et d'autres parties prenantes. La particularité du NHS d'Irlande du Nord est qu'il associe l'administration de la santé et celle des services sociaux. Des services intégrés de soins de santé et de soins sociaux sont fournis par cinq fiduciaires de soins de santé et de soins sociaux; une sixième fiduciaire est le service d'ambulance, qui opère dans toute l'Irlande du Nord. Les fiduciaires de soins de santé et de soins sociaux gèrent et administrent les hôpitaux, les centres de santé, les maisons de retraite, les centres de jour et d'autres établissements de soins de santé et de soins sociaux.

Enquête de l'OCDE			
Fixation du niveau des taxes qui seront affectées aux soins de santé	C,R	Financement de la construction de nouveaux hôpitaux	C,R
Fixation de la base et du niveau des cotisations sociales pour la santé	C,R	Financement de l'acquisition de nouveaux équipements très coûteux	C,R
Fixation du budget total des fonds publics alloués à la santé	C,R	Financement de l'entretien des hôpitaux existants	C,R
Détermination de la répartition des ressources entre les secteurs de soins	C,R	Financement des services de soins primaires Fixation des objectifs de santé publique	C,R
Détermination de la répartition des ressources entre les régions	C,R	Financement des spécialistes dans les soins ambulatoires	C,R
Fixation des méthodes de rémunération des médecins	C,R	Financement des dépenses courantes des hôpitaux	C,R
Fixation des méthodes de paiement pour les hôpitaux	C,R	Fixation des objectifs de santé publique	C,R

Source: Paris, Devaux, Wei (2010).

Note: C = gouvernement central/fédéral, R = gouvernement régional/étatique, L = gouvernement local/municipal.

Références:

Boyle S. (2011), [United Kingdom \(England\): Health system review](#). Health Systems in Transition, 2011; 13(1):1–486, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

[Site web](#) des directions de la santé et des soins communautaires du gouvernement écossaise

[Site web](#) du NHS du Pays de Galles

[Site web](#) du département de la santé, des services sociaux et de la sécurité publique d'Irlande du Nord

3 Typologie des systèmes de soins de santé

Les classifications des systèmes de soins de santé sont traditionnellement articulées autour des types de mécanisme de financement des soins de santé ou sur la base des relations contractuelles qui unissent les prestataires de services de soins de santé et les payeurs.

Les dimensions à prendre en considération pour une classification sont à l'évidence déterminées par la portée de cette classification; étant donné que le financement et les modalités de prestation/paiement sont strictement liés à la viabilité financière des systèmes de santé, ces aspects ont reçu une attention particulière, notamment à la lumière de la crise financière et économique actuelle, de la nécessité connexe d'améliorer l'efficacité et la rentabilité des dépenses et de l'augmentation ultérieure prévue des dépenses de santé publiques²⁰. Cependant, dans le dernier rapport conjoint CPE/CE sur les systèmes de soins de santé, il a été souligné que la compréhension des facteurs entraînant des dépenses de santé et de la performance globale exigeait également une compréhension des caractéristiques organisationnelles des systèmes de santé. En particulier, *«les niveaux des dépenses de santé sont le résultat de l'interaction entre les facteurs relevant de la demande et ceux relevant de l'offre et du mode de financement et de prestation des services de santé, c'est-à-dire des caractéristiques organisationnelles des systèmes de santé»* (Conseil de l'Union européenne, 2010a).

Reconnaissant que peu d'informations étaient, en fait, disponibles sur les caractéristiques organisationnelles et institutionnelles des systèmes de santé, l'OCDE a entrepris en 2008 une enquête afin de recueillir des informations auprès de ses pays membres (Paris, Devaux et Wei, 2010). Sur la base de ces informations, l'OCDE a ensuite identifié des groupes de pays partageant des institutions similaires (Joumard *et al.*, 2010), bien que, du point de vue de l'efficacité, ce regroupement n'ait pas mis en évidence *«de plus grandes différences au sein de chaque groupe institutionnel qu'entre les groupes institutionnels, ce qui laisse entendre qu'il n'y a pas de type de système de santé qui fonctionne mieux qu'un autre»* (Conseil de l'Union européenne, 2010a).

²⁰ Selon les prévisions de la CE, sur la base d'un scénario de référence, en 2060, on assistera à une *«croissance moyenne des dépenses publiques de soins de santé de 1,7 % du PIB dans les 27 États membres de l'UE, ce qui équivaut à environ 25 % du niveau initial (2007). L'augmentation relative en pourcentage varie considérablement selon les pays, de 11 % en Suède et 15 % en France à pas moins de 45 % en Slovaquie et 71 % à Malte. L'augmentation relative est en moyenne légèrement plus élevée dans l'UE-12 (30 %) que dans les pays de l'UE-15 (23 %)»* (Commission européenne, DG Affaires économiques et financières, 2010, où les hypothèses retenues pour le «scénario de référence» sont également expliquées).

Du côté de l'offre, d'autres informations pertinentes liées à la propriété, à la gestion et au financement des établissements de soins de santé, ou à la «gouvernance hospitalière», ont été collectées sur une base comparative à travers l'Europe par HOPE et Dexia²¹. Cette analyse, qui n'avait qu'une portée informative et s'est abstenue de tirer des conclusions sur la performance des systèmes hospitaliers, portait sur un domaine qui est très important sur le plan de la configuration institutionnelle et des modalités de prestation des services de soins de santé, étant donné que les hôpitaux achètent des biens (médicaments, appareils médicaux) ou des services (professionnels de la santé), réalisent des investissements et, surtout, participent fortement à l'expérimentation, au développement et au déploiement d'applications TIC pour la santé.

La partie 3.1 présente brièvement les classifications mentionnées ci-dessus. Dans la partie 3.2, l'accent est mis sur les éléments de ces classifications qui revêtent un certain intérêt pour l'objet de la présente étude, à savoir proposer une classification des systèmes de gestion de la santé mettant en évidence le rôle joué par les collectivités locales et régionales au sein de ces systèmes.

3.1 Principaux modèles et classifications actuels

3.1.1 Financement des soins de santé

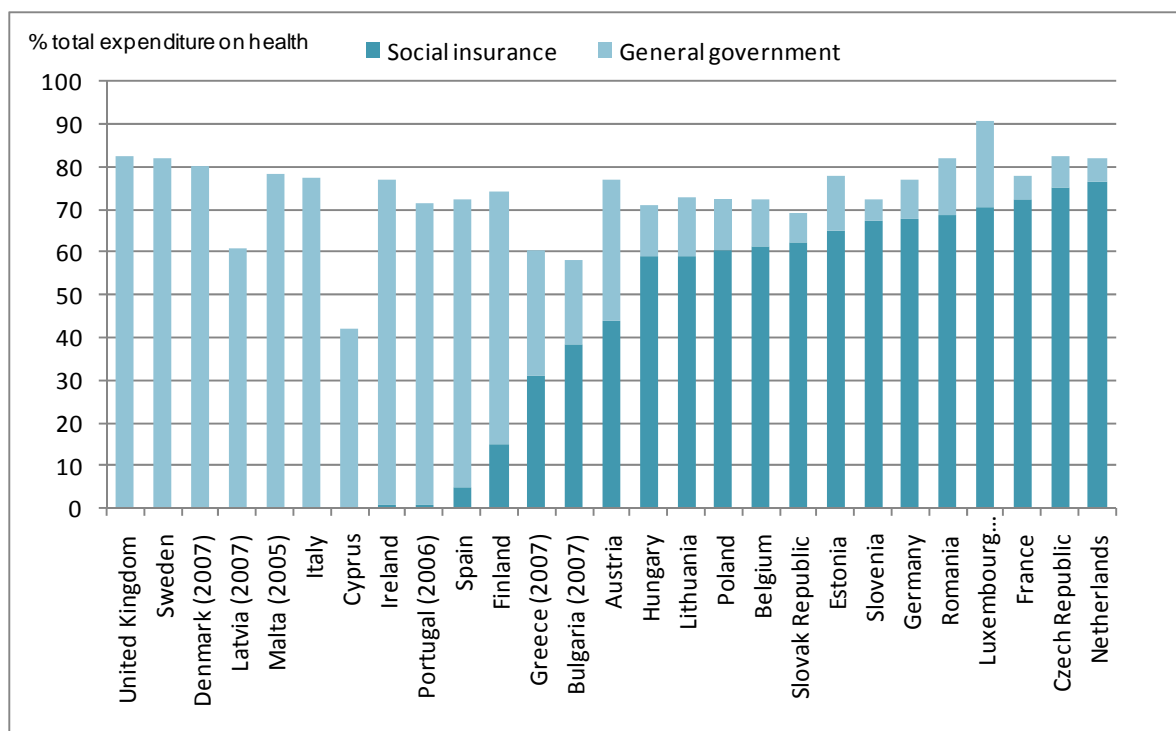
Il existe trois grands modèles de financement des systèmes de soins de santé (Busse *et al.*, 2007):

- i) le modèle beveridgien,
- ii) le modèle bismarckien,
- iii) un modèle mixte.

Le modèle beveridgien concerne les systèmes publics financés par les impôts, c'est-à-dire que le financement est assuré par des outils fiscaux. Ce modèle est aussi appelé système de santé «national» et fournit généralement une couverture universelle.

²¹ HOPE et Dexia (2009).

Graphique n° 1 – Financement public des soins de santé assuré par les impôts et l'assurance sociale



Sources des données: OCDE (2010); Thomson S. *et al.* (2009) pour Malte.

Sur le même principe que le modèle beveridgien, citons le modèle Semashko, dans lequel le financement est assuré les impôts et la couverture des soins de santé est universelle, mais l'État exerce un plus grand contrôle que dans le modèle beveridgien en ce qui concerne le financement, la gestion et la propriété des établissements de soins de santé. Le modèle Semashko, qui se traduit par des services axés sur les hôpitaux, était courant dans les pays d'Europe centrale et orientale avant la mise en œuvre de réformes au début des années 1990 (HOPE et Dexia, 2009).

Dans le modèle bismarckien, le financement du système de soins de santé est assuré par des cotisations obligatoires de sécurité sociale, versées généralement par les employeurs et les salariés. Il est aussi appelé «système professionnel» ou «système d'assurance maladie».

Dans le modèle mixte, les financements privés provenant des régimes d'assurance volontaire ou des interventions personnelles des patients sont considérables. Ce modèle est aussi appelé système d'assurance maladie «privé».

Le graphique n° 1 présente les données sur le système prédominant de financement des soins de santé par pays.

3.1.2 Financement public/privé et type de prestataires de soins de santé

Une autre classification, établie par Docteur et Oxley (2003) et l'OCDE (2004), est basée sur les critères de financement public ou privé et sur les relations contractuelles qui unissent les prestataires de services de soins de santé et les payeurs. Selon cette classification, les systèmes de soins de santé se distinguent en (Commission européenne, DG Affaires économiques et financières, 2010):

- i) modèle public intégré,
- ii) modèle de marché public,
- iii) modèle avec assureur/prestataire privé.

Le modèle public intégré recouvre des financements publics et des prestataires de soins de santé publics, c'est-à-dire que les professionnels des soins de santé sont pour la plupart des salariés du secteur public. Le modèle de marché public combine un financement public, par les impôts ou les fonds de sécurité sociale, avec des prestataires de soins de santé privés. Le modèle avec assureur/prestataire privé fait référence à des entités d'assurance privées sous-traitant avec des prestataires de soins de santé privés.

3.1.3 Caractéristiques institutionnelles des systèmes de santé

Sur la base des informations recueillies au moyen d'une enquête menée auprès de ses pays membres (Paris, Devaux et Wei, 2010), l'OCDE a d'abord défini un ensemble d'indicateurs pour évaluer la performance des systèmes de soins de santé et a ensuite identifié six groupes de pays partageant des caractéristiques institutionnelles similaires (Joumard *et al.*, 2010). Cette classification repose en grande partie sur le niveau de dépendance des systèmes par rapport aux mécanismes du marché pour la régulation de l'offre et de la demande des services de santé; ainsi:

- i) le groupe 1 comprend les pays qui dépendent fortement des mécanismes du marché pour la réglementation de la couverture d'assurance et la prestation des services; les prestataires privés jouent donc un rôle important dans les soins de santé;
- ii) les groupes 2 et 3 comprennent les pays caractérisés par une couverture d'assurance de base et une forte dépendance par rapport aux mécanismes du marché pour la fourniture des services. Là aussi, les prestataires privés jouent donc un rôle important. Dans le groupe 2, les services non couverts par l'ensemble des prestations de base sont la plupart du temps couverts par une

assurance maladie privée, tandis que, dans le groupe 3, la couverture au-delà des prestations de base est limitée;

iii) le groupe 4 comprend les pays où l'offre privée est limitée, mais présentant un large choix de prestataires;

iv) les groupes 5 et 6 comprennent les pays dans lesquels les systèmes publics sont fortement réglementés et le choix des prestataires est limité et orienté par l'existence d'un système de médecin référent (groupe 5) ou par des contraintes budgétaires (groupe 6).

En guise de conclusion générale de cette analyse typologique, il est noté par les auteurs que *«les pays les plus décentralisés tendent à réglementer les ressources et/ou les prix des soins de santé davantage que la moyenne de l'OCDE. Un degré élevé de décentralisation est souvent associé à une cohérence relativement faible de la délégation des responsabilités entre les différents niveaux de gouvernement, ce qui laisse entendre que des chevauchements des responsabilités en matière de gestion des soins de santé tendent à être présents dans les systèmes décentralisés»* (Joumard *et al.*, 2010).

3.1.4 Gouvernance hospitalière

Une analyse du secteur hospitalier en Europe réalisée par HOPE et Dexia²² fournit des informations comparables sur la gouvernance hospitalière, sur la base de laquelle une classification des systèmes de gestion hospitalière a été établie en termes de:

- i) décentralisation,
- ii) centralisation,
- iii) «déconcentration».

La décentralisation des systèmes de gestion hospitalière implique le transfert du pouvoir, à différents niveaux, de l'État aux collectivités régionales ou locales; lorsque ce transfert n'a pas eu lieu, la gestion centralisée du secteur hospitalier prévaut; quant à la «déconcentration», elle implique que la gestion est toujours contrôlée au niveau central, mais est exercée au niveau territorial via des «agences» ou succursales locales ou régionales de l'administration centrale.

Une conclusion générale des auteurs est que *«plus un système de santé est décentralisé, plus le système hospitalier l'est également»* (HOPE et Dexia, 2009). Selon leur rapport, la gestion hospitalière décentralisée caractérise les

²² HOPE et Dexia (2009).

États membres fédéraux (Allemagne, Autriche et Belgique), les pays scandinaves (Danemark, Finlande et Suède), et l'Espagne et l'Italie, ainsi que plusieurs pays d'Europe centrale et orientale; le Royaume-Uni présente également des systèmes hospitaliers différents gérés au niveau de ses quatre pays constitutifs. Des systèmes «déconcentrés» sont présents en Bulgarie, en France, en Grèce et au Portugal, les autres pays étant caractérisés par des systèmes centralisés.

Tableau n° 3 – Regroupement des pays selon certaines typologies principales des systèmes de soins de santé

Mécanisme de financement (*)	Modèle beveridgien			Modèle bismarckien		Modèle mixte public et privé
	Chypre, Danemark, Finlande, Irlande, Italie, Lettonie, Malte, Portugal, Espagne, Suède, Royaume-Uni			Belgique, République tchèque, Estonie, France, Allemagne, Hongrie, Lituanie, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie		Autriche, Bulgarie, Grèce
Caractéristiques institutionnelles des systèmes de santé (**)	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6
	Allemagne, Pays-Bas, Slovaquie	Belgique, France	Autriche, République tchèque, Grèce, Luxembourg	Suède	Danemark, Finlande, Portugal, Espagne	Hongrie, Irlande, Italie, Pologne, Royaume-Uni
Système de gestion hospitalière (***)	Décentralisé			Centralisé		«Déconcentré»
	Autriche, Belgique, République tchèque, Danemark, Allemagne, Finlande, Suède, Italie, Espagne, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Slovaquie, Royaume-Uni			Chypre, Estonie, Luxembourg, Malte, Slovénie, Roumanie, Irlande, Pays-Bas		Bulgarie, France, Grèce, Portugal

(*) Sur la base de données de l'OCDE (2010), et de Thomson S. *et al.* (2009) pour Malte.

(**) Source: Joumard *et al.*, 2010. Seuls les pays membres de l'OCDE appartenant à l'UE sont indiqués.

(***) Source: HOPE et Dexia, 2009.

3.2 Approche méthodologique

Les typologies existantes ne mettent pas en évidence le rôle des collectivités locales et régionales dans les systèmes de gestion de la santé ou envisagent un tel rôle sur la base d'un seul critère, comme dans le cas de la classification selon la gestion hospitalière.

En particulier, si l'on examine les mécanismes de financement, aucune information n'est donnée quant à l'organisation territoriale des systèmes de soins de santé, étant donné que les systèmes de santé reposant sur les impôts publics, par exemple, peuvent être fortement décentralisés (Finlande) ou centralisés (Malte). Le type de financement et de prestataire de services ne permet pas non plus d'obtenir des informations sur la configuration institutionnelle des systèmes de gestion de la santé car des prestataires publics peuvent caractériser des systèmes centralisés (Chypre) ou décentralisés (Italie). En outre, peu de systèmes reposent uniquement sur l'un de ces types de relations, une prestation de services mixte publique/privée étant présente dans plusieurs pays, indépendamment de la source de financement.

La «décentralisation» et la «délégation» ne sont que deux des indicateurs utilisés par l'OCDE dans son exercice de regroupement qui mettent en évidence les caractéristiques institutionnelles des systèmes de gestion de la santé en ce qui concerne la performance, et il ne s'agit pas d'indicateurs directeurs, puisque, dans le même groupe, on peut trouver à la fois des systèmes de gestion de la santé centralisés et décentralisés (par exemple, le groupe 6 comprend l'Irlande et l'Italie, caractérisées, respectivement, par une gestion centralisée et décentralisée). En outre, ils ne se réfèrent qu'à l'autonomie de décision des gouvernements infranationaux pour ce qui est de questions clés concernant les dépenses de soins de santé.

En revanche, il semble en fait y avoir une corrélation entre les types de gouvernance hospitalière et le niveau de décentralisation des systèmes de gestion de la santé.

Conformément à l'objet du présent rapport, la typologie proposée s'appuie sur plusieurs dimensions, directement ou indirectement corrélées aux classifications ci-dessus, mais toutes caractérisées par une contribution régionale et/ou locale manifeste.

3.2.1 Critères considérés

Les critères suivants ont été pris en considération pour établir une typologie des systèmes européens de gestion de la santé sur la base de leur organisation territoriale:

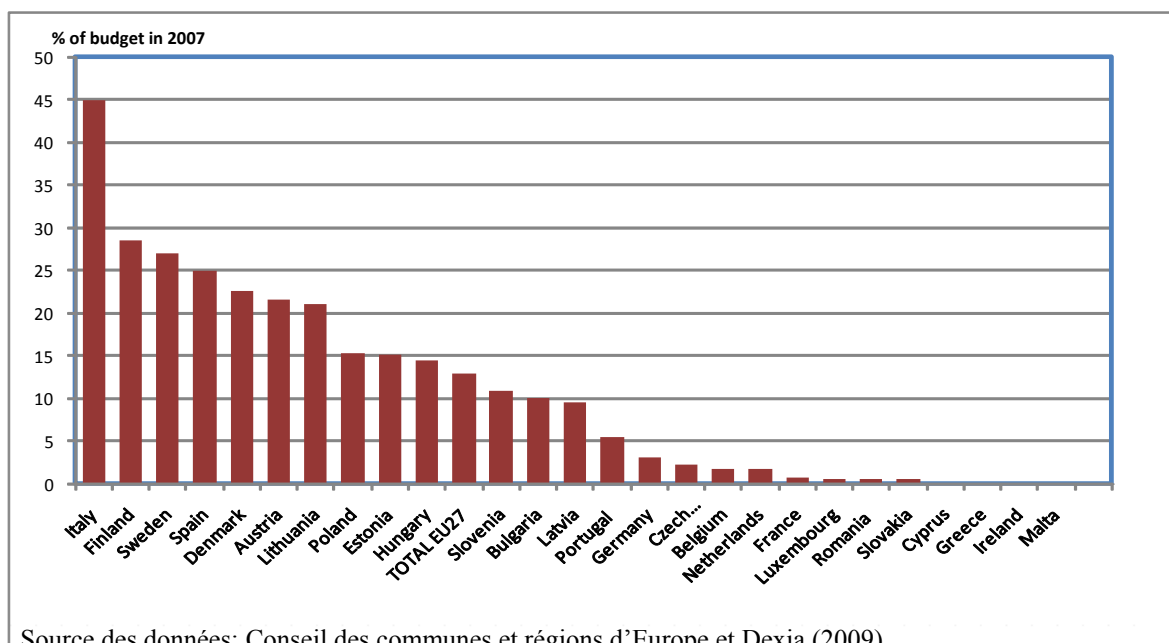
1. présence/absence de responsabilités des CLR dans le financement de la santé (sources: diverses, comme indiqué dans l'inventaire du présent rapport) et niveau de financement de la santé au niveau infranational, exprimé en pourcentage du total des dépenses du secteur public infranational (source: Conseil des communes et régions d'Europe et Dexia, 2009);
2. présence/absence de compétences et de responsabilités des CLR en ce qui concerne les fonctions suivantes: législation dans le domaine de la santé, planification des services de soins de santé et fourniture (mise en œuvre) des services de soins de santé (sources: diverses, comme indiqué dans l'inventaire du présent rapport);
3. propriété et/ou gestion des établissements de soins de santé, en particulier des hôpitaux, par les CLR (sources: diverses, comme indiqué dans l'inventaire du présent rapport, avec une référence particulière à HOPE et Dexia, 2009, et aux profils hospitaliers nationaux publiés en ligne par HOPE).

Étant donné que les informations recueillies par l'enquête de l'OCDE et les indicateurs élaborés sur la base de ces informations se réfèrent aux pays membres de l'OCDE, les données de l'OCDE n'ont été utilisées qu'à des fins de revérification s'agissant des pays disponibles.

Critère 1: financement de la santé par les CLR

Les dépenses publiques consenties par les CLR pour la prestation des soins de santé représentent un indicateur de la participation active dans le fonctionnement des systèmes de gestion de la santé; dans les cas où le financement est généré localement par des impôts ou d'autres prélèvements, le rôle de financement dénote vraisemblablement aussi un niveau d'autonomie en ce qui concerne les dépenses. Outre la responsabilité en matière de financement, le niveau de financement est également pris en considération.

Graphique n° 2 – Dépenses du secteur public infranational en matière de santé



Au cours de l'inventaire, des éléments démontrant des responsabilités en matière de financement ont été relevés dans 19 pays. Tous les pays sauf un génèrent des recettes directement, la plupart du temps par les impôts²³. Le niveau de financement est indiqué dans le graphique n° 2, qui utilise la classification de l'OCDE des fonctions du gouvernement et où la «santé» comprend «*les produits, appareils et équipements médicaux, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et les services de santé publique, la R&D liée à la santé*» (Oireachtas Library & Research Service, 2010).

Critère 2: compétences et responsabilités des CLR en ce qui concerne les fonctions de législation, de planification et de mise en œuvre dans le domaine de la santé

La présence/l'absence de compétences et de responsabilités en ce qui concerne les fonctions en question est manifestement et directement liée au niveau de décentralisation des systèmes de gestion de la santé.

L'inventaire fournit les éléments suivants:

- dans trois pays seulement les CLR légifèrent sur les questions de santé, à savoir en Autriche, en Espagne et en Italie;

²³ Dans le cas de la France, la responsabilité en matière de financement semble être limitée aux soins de santé pour les personnes âgées et les personnes handicapées, tandis qu'en Allemagne et en Hongrie, le financement semble limité aux investissements de capitaux pour les hôpitaux.

- l'élaboration ou la planification des politiques sont menées par les CLR dans 16 pays;
- les CLR exercent des tâches de mise en œuvre directe d'un type ou d'un autre, et à différents niveaux, dans 22 pays.

Critère 3: propriété et gestion des établissements de soins de santé par les CLR

Le transfert de compétences dans le système hospitalier du niveau central au niveau local est un pas vers la décentralisation. Plusieurs pays d'Europe centrale et orientale ont traversé ce processus au début des années 2000, comme la Slovaquie et la Roumanie. La propriété implique généralement des responsabilités de financement et, dans la plupart des cas, des fonctions de gestion, qui peuvent être exercées directement par les CLR ou sous-traitées à des prestataires de services.

L'inventaire fournit les éléments suivants:

- la propriété des établissements de soins de santé par les CLR est une situation courante dans 19 pays;
- la propriété implique toujours la gestion des établissements de soins de santé, qui peut être exercée directement ou indirectement par des contractants;
- dans trois pays, les CLR sont responsables de la gestion des établissements de soins de santé sans en être propriétaires;
- dans quatre pays, les CLR ne possèdent pas d'établissements de soins de santé, pas plus qu'elles ne les gèrent.

3.2.2 Aperçu des catégories

Les catégories ont été définies à la suite d'un simple exercice d'étiquetage des pays eu égard aux critères présentés à la partie 3.2.1.

Lorsque les CLR contribuent au financement des soins de santé et soulèvent des ressources financières localement via des impôts, par exemple, les pays correspondants ont été étiquetés «*max*»; si le financement est seulement acheminé par les CLR mais fourni par l'État ou si les CLR ne gèrent aucune ressource financière liée à la santé, les pays correspondants ont été étiquetés «*0*». S'agissant du niveau de financement, trois catégories ont été définies: i) les pays dans lesquels le financement par les CLR est supérieur à la moyenne de l'UE-27 de 12,9 % du budget infranational alloués à la santé (étiquetés «*max*»), ii) les pays dans lesquels le financement par les CLR est inférieur à la moyenne

de l'UE-27 (étiquetés «*min*»), et iii) les pays dans lesquels les CLR n'interviennent pas dans le financement de la santé grâce à un budget infranational (étiquetés «*0*»).

Les compétences législatives dans le domaine de la santé ont reçu une attention particulière car elles influencent la manière dont les systèmes de gestion de la santé sont structurés et exploités. En fait, lorsque les CLR détiennent des compétences législatives, il peut même être directement fait référence à des «systèmes de santé régionaux»: les pays correspondants ont été étiquetés «*max*». Les pays dans lesquels il n'existe aucune preuve de compétences législatives des CLR en matière de santé ont été étiquetés «*0*».

En ce qui concerne les fonctions de planification et de mise en œuvre, les pays ont été classés en trois groupes: i) les pays dans lesquels les CLR exercent à la fois des fonctions de planification et de mise en œuvre (étiquetés «*max*»), ii) les pays dans lesquels les CLR exercent uniquement un des deux types de fonctions (étiquetés «*min*»), et iii) les pays dans lesquels les CLR n'exercent aucune fonction de planification et de mise en œuvre dans le domaine de la santé (étiquetés «*0*»).

Enfin, pour ce qui est de la propriété et de la gestion des établissements de soins de santé, les pays ont également été classés en trois groupes: i) les pays dans lesquels les CLR possèdent et gèrent (directement ou indirectement) des établissements de soins de santé (étiquetés «*max*»), ii) les pays dans lesquels les CLR ne font que gérer des établissements de soins de santé mais sans en être propriétaires (étiquetés «*min*») et iii) les pays dans lesquels les CLR ne possèdent ni ne gèrent d'établissements de soins de santé (étiquetés «*0*»).

3.2.3 Une nouvelle typologie des systèmes de gestion de la santé

Le tableau n° 4 résume la nouvelle typologie proposée selon les critères et l'approche présentés dans les parties 3.2.1 et 3.2.2.

La typologie proposée comprend cinq catégories de systèmes de gestion de la santé au niveau local et régional.

La **catégorie 1** comprend les «systèmes régionaux de gestion de la santé», c'est-à-dire les systèmes dont la réglementation, la gestion, l'exploitation et, en partie, le financement sont délégués aux pouvoirs régionaux ou aux États. Le financement par les budgets infranationaux est supérieur à la moyenne de l'UE et les autorités infranationales possèdent et gèrent également des établissements de soins de santé.

La **catégorie 2** comprend les systèmes de gestion de la santé dans lesquels les pouvoirs locaux et régionaux sont responsables de plusieurs fonctions de planification et de mise en œuvre, en plus des fonctions de financement; en outre, les CLR possèdent et gèrent des établissements de soins de santé. Cette catégorie peut être subdivisée en sous-catégories sur la base du niveau de financement par les budgets infranationaux (au-dessus ou en dessous de la moyenne de l'UE).

La **catégorie 3** regroupe les systèmes de gestion de la santé dans lesquels les pouvoirs locaux et régionaux exercent des fonctions opérationnelles (de mise en œuvre), notamment parce qu'ils possèdent des établissements de soins de santé; le financement par les budgets infranationaux est limité. La situation des Pays-Bas est particulière: la gouvernance hospitalière y est centralisée, mais les CLR interviennent dans la planification et la mise en œuvre et apportent une contribution financière limitée du budget infranational. Comme la fonction «opérationnelle» des pouvoirs locaux néerlandais est évidente, leur système de gestion de la santé a été classé dans cette catégorie. Le Royaume-Uni représente un autre cas particulier, car chacun des quatre pays qui le composent (Angleterre, Écosse, Pays de Galles et Irlande du Nord) dispose de son propre service de santé national (*National Health Service*), même si, dans chacun de ces pays, un système «centralisé mais structuré au niveau territorial» prévaut. Le Royaume-Uni a été classé dans la troisième catégorie en raison de la fonction «opérationnelle» des quatre pays constitutifs.

Les **catégories 4 et 5** sont caractérisées par des systèmes de gestion de la santé qui sont totalement centralisés (catégorie 5) ou centralisés dans une grande mesure (catégorie 4); dans la quatrième catégorie, la majorité des responsabilités incombent au pouvoir central, même si la mise en œuvre relève du niveau territorial, par l'intermédiaire d'organismes représentant l'administration centrale; en outre, à l'exception du Portugal, les CLR des systèmes de la quatrième catégorie peuvent également gérer des établissements de soins de santé.

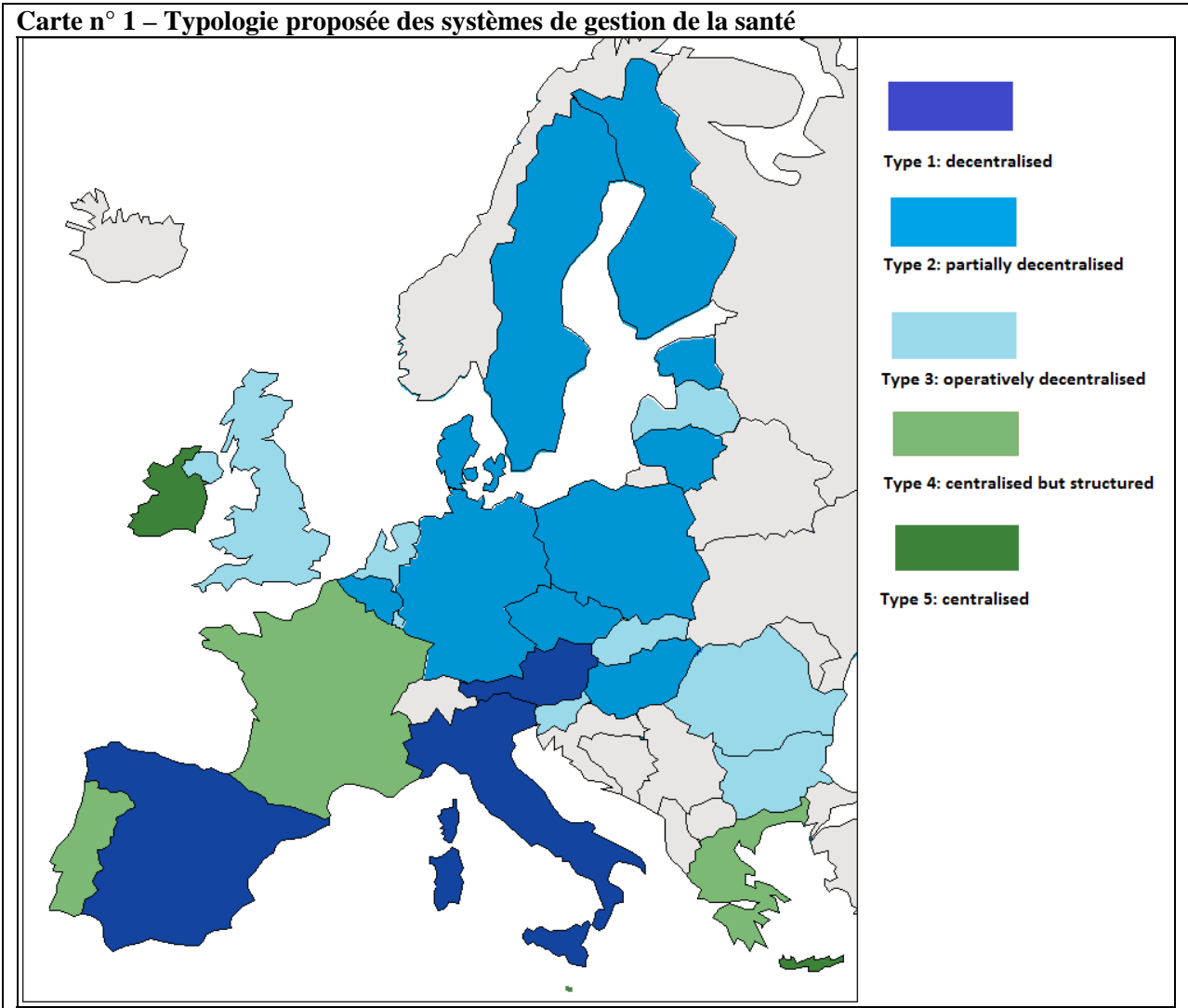
Tableau n° 4 – Nouvelle typologie proposée des systèmes de gestion de la santé

Cat.	Fonctions	Niveau de financement	Établissements de soins de santé		Pays
			propriété	gestion	
1	Décentralisées	Au-dessus de la moyenne de l'UE	OUI	OUI	Autriche, Espagne, Italie
2	Partiellement décentralisées - plusieurs fonctions (mais pas législatives) décentralisées	Au-dessus de la moyenne de l'UE	OUI	OUI	Danemark, Estonie, Finlande, Lituanie, Pologne, Suède, Hongrie (*)
		En dessous de la moyenne de l'UE			Allemagne, Belgique, République tchèque
3	Décentralisées sur le plan opérationnel	En dessous de la moyenne de l'UE Faible ou nul	OUI	OUI	Bulgarie, Lettonie, Luxembourg, Roumanie, Slovaquie, Slovénie
			NON	NON/OUI	Pays-Bas, Royaume-Uni
4	Centralisées mais structurées au niveau territorial	Faible ou nul	NON	OUI (**)	France, Grèce, Portugal
5	Centralisées	NON	NON	NON	Chypre, Irlande, Malte

(*) décentralisées sur le plan opérationnel mais aucune fonction de planification

(**) à l'exception du Portugal

Les différents types de systèmes de gestion de la santé sont visualisés sur la carte n° 1.



Source: carte élaborée par Progress Consulting S.r.l.

4 Conclusions

Les CLR **mettent couramment en œuvre des tâches liées à la santé publique**. Ces tâches sont notamment une prérogative des CLR également lorsque la prestation effective des services est partiellement ou totalement centralisée. Par conséquent, les CLR sont concernées par les décisions liées à **la promotion de la santé et à la prévention des maladies**, dont plusieurs relèvent de l'objectif 1 «Promouvoir la santé dans une Europe vieillissante» de la stratégie de l'UE en matière de santé²⁴. En outre, **les CLR sont souvent spécifiquement responsables de la fourniture des services aux jeunes et aux personnes âgées**. Dans ce dernier cas, ces services comprennent également les soins de longue durée.

En particulier, le vieillissement est un processus qui affecte l'Europe d'une manière très diverse. **Les régions «anciennes» et les régions «relativement jeunes» seront confrontées à des défis différents** à l'avenir en fonction de l'évolution de leur population. **Le vieillissement démographique devrait avoir des conséquences sur les dépenses publiques de soins de santé et de soins de longue durée, sur la demande de services de santé et sur le besoin de professionnels de la santé et de main-d'œuvre dans ce secteur** (Comité des régions, 2011b). Ainsi, l'existence de situations très diverses dans l'UE et le rôle important joué par les CLR dans la promotion du vieillissement en bonne santé de la population font qu'il est impératif de tenir compte des expériences et des tendances qui se produisent au niveau territorial lors de l'élaboration des politiques de santé.

Les CLR de 21 États membres participent à la gestion territoriale des systèmes de santé, d'un niveau très décentralisé où les questions politiques et réglementaires sont traitées au niveau local à un niveau de gestion décentralisée sur le plan opérationnel. **Dans dix États membres, les CLR jouent un rôle majeur²⁵ dans le financement des soins de santé**, dans la plupart des cas en générant des ressources par les impôts locaux. En outre, **les CLR de 19 États membres possèdent et gèrent des établissements de soins de santé** pour la fourniture de soins primaires ou secondaires ou de services de soins de longue durée. Conséquence logique de cela, il semble important que les points de vue et les intérêts des CLR soient systématiquement pris en considération lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques qui influent sur les **systèmes**

²⁴ Parmi les questions liées à la promotion de la bonne santé figurent, par exemple, la nutrition, l'activité physique, la consommation d'alcool, de drogues et de tabac, les risques environnementaux et les accidents.

²⁵ C'est-à-dire au-dessus de la moyenne de l'UE-27 de 12,9 % du budget infranational alloués à la santé, selon les données du Conseil des communes et régions d'Europe et de Dexia (2009).

de gestion de la santé, car ces systèmes, dans plusieurs États membres, sont sous la responsabilité et la compétence directes des administrations territoriales.

5 Appendice I – Liste des références

Soutien analytique dans le domaine de l'impact socio-économique des réformes de protection sociale (ASISP), rapports annuels 2010, tous téléchargeables depuis le [site web](#) du réseau.

Busse R., Schreyögg J., Gericke C. (2007), [Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries: A Comprehensive Framework Approach](#), document de travail sur la santé, l'alimentation et la population, Banque mondiale.

Comité des régions (2009), avis du Comité des régions sur les «soins de santé transfrontaliers» ([CdR 348/2008 fin](#)), 78^e session plénière, 12 et 13 février 2009.

Comité des régions (2010a), avis du Comité des régions sur le thème «Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne» ([CdR 47/2010 fin](#)), 84^e session plénière, 14 et 15 avril 2010.

Comité des régions (2010b), avis d'initiative du Comité des régions sur «Le rôle des collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la stratégie de santé pour les années 2008-2013» ([CdR 260/2010 fin](#)), 87^e session plénière, 1^{er} et 2 décembre 2010.

Conseil des communes et régions d'Europe et Dexia (2009), [L'Europe locale et régionale: chiffres clés 2008](#), Bruxelles, CCRE.

Conseil de l'Union européenne (2010a), [Joint Economic Policy Committee – European Commission Report on Health Systems](#) (16940/10). ECOFIN 768 - SAN 274.

Conseil de l'Union européenne (2010b), conclusions du Conseil sur l'équité et la santé dans toutes les politiques: solidarité en matière de santé. 3019^e session du Conseil «Emploi, politique sociale, santé et consommateurs», Bruxelles, 8 juin 2010.

Commission européenne, DG Affaires économiques et financières (2010), [Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results](#), par Bartos Przywar. European Economy: Economic Papers 41.

Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, profils des systèmes de santé, disponibles à l'adresse:

<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits>

Parlement européen et Conseil de l'Union européenne (2011), [directive 2011/24/UE](#) du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

HOPE et Dexia (2009), [Hospitals in the 27 Member States of the European Union](#), Dexia Editions.

Joumard, I., André C. et Nicq C. (2010), [Health Care Systems: Efficiency and Institutions](#), OECD Economics Department Working Papers, n° 769, OECD Publishing.

OCDE (2010), Health at a glance: Europe 2010. OECD Publishing.

Oireachtas Library & Research Service (2010), Spotlight: Financing Local Government, n° 1, 2010.

Paris V., Devaux M., Wei L. (2010), [Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries](#), OECD Health Working Papers, n° 50, OECD Publishing.

The Commonwealth Fund (2010), [International Profiles of Health Care Systems - Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States](#).

Thomson S. *et al.* (2009), [Financing health care in the European Union: challenges and policy responses](#). Organisation mondiale de la santé, pour le compte de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.