



Privatisation de la santé en Europe. Un outil de classification des réformes

Christine André, Philippe Batifoulrier, Mariana Jansen-Ferreira

► **To cite this version:**

Christine André, Philippe Batifoulrier, Mariana Jansen-Ferreira. Privatisation de la santé en Europe. Un outil de classification des réformes. 2016. <hal-01256505>

HAL Id: hal-01256505

<https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01256505>

Submitted on 14 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Privatisation de la santé en Europe. Un outil de classification des réformes

Christine ANDRÉ, Directrice honoraire de Recherche au CNRS ; christineandre@wanadoo.fr

Philippe BATIFOULIER, Université Paris 13, CEPN UMR CNRS 7234 ; Philippe.Batifoulier@univ-paris13.fr

Mariana JANSEN-FERREIRA, Université de Sao Paulo (USP) et PUC-SP ; mrferreira@pucsp.br

Résumé : Les systèmes de santé européens ont été soumis à de nombreuses réformes depuis une trentaine d'années. La privatisation en constitue une tendance majeure que l'on retrouve dans tous les pays. Mais le concept de privatisation revêt plusieurs dimensions qu'il convient de préciser pour effectuer une comparaison internationale. On propose dans une première partie de caractériser la privatisation selon deux critères : le champ d'application (financement et délivrance du soin) et le caractère « externe » ou « interne » de la privatisation. Dans une seconde partie est menée une analyse empirique systématique des privatisations dans les systèmes de santé de quatorze pays européens depuis 1980. Une cartographie des processus de privatisation est enfin proposée qui fait ressortir les différences dans la hiérarchisation des formes de privatisation selon les pays.

Mots-clés : systèmes de santé, privatisations, réformes, Europe.

Des versions préliminaires de ces travaux ont été présentées au Séminaire CEPN-STRAS et SEPOSA (Paris, 13 juin 2014), au IV^e Congrès de l'AFEP (Paris, 2-4 juillet 2014) et au Colloque International "Recherche et Régulation" (Paris, 10-12 juin 2015).

INTRODUCTION

Les systèmes de santé européens ont été soumis depuis les années 1980 à un mouvement incessant de réformes. Si la maîtrise des budgets publics accordés à la santé est une motivation centrale des politiques de santé, elle s'accompagne aussi de la volonté de réduire les inégalités en santé ou d'améliorer l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé. Les moyens mis en œuvre peuvent être différents selon les composantes des systèmes de santé. La promotion de l'assurance privée que l'on observe partout n'est pas de même nature que les réformes hospitalières qui ont été aussi mises en œuvre largement. S'il est commun de souligner l'ancrage national des réformes de la santé et le rôle de la "dépendance au chemin", on peut néanmoins observer une tendance semblable à l'introduction de mécanismes de marché dans les logiques de solidarité par la promotion d'un comportement entrepreneurial du côté de l'offre comme de la demande (Saltman, 2002). Les trajectoires tracées par le retrait des assurances publiques obligatoires, le développement des mécanismes incitatifs du côté du patient comme du médecin, la forte présence du nouveau management public sont souvent synthétisés par des notions de "marchandisation", de "marketization" ou de "néolibéralisme". Si ces termes ont une portée politique importante, ils sont souvent polysémiques et parfois mal définis (la marchandisation au sens marxiste n'est pas du tout de même nature que celle mobilisée par les travaux d'Esping-Andersen par exemple).

On propose dans ce document de travail de développer le concept de privatisation pour caractériser la nouvelle donne. Une des tendances majeures que l'on retrouve à des degrés divers dans tous les pays est en effet celle de la privatisation (André, 2015; André and Hermann, 2009; Cutler, 2002; Hassenteufel et al., 2000). Cependant, le caractère imprécis de ce que désigne la "privatisation" soulève la question de la méthode qui permettrait d'éclaircir ce terme et d'effectuer une comparaison internationale des formes de privatisation que l'on rencontre dans les réformes des systèmes de santé. Cet article a pour but de construire "un outil de classification" de la privatisation des systèmes de santé.

La première partie présente notre concept de privatisation qui désigne la dynamique d'une réforme où ce qui était public hier devient privé aujourd'hui. On met en avant une diversité de privatisations qui répondent à cette définition générique, concernant aussi bien le financement du soin que la délivrance du soin. On présente alors les différentes catégories de privatisation et les instruments associés à chacune d'elles. La deuxième partie établit une analyse empirique systématique des privatisations des systèmes de santé dans quatorze pays européens depuis les années 1980. L'analyse est ordonnée selon les critères établis dans la première partie. Le matériel utilisé pour ce classement des différents pays selon leur recours aux différents processus de privatisation est constitué

du suivi historique de l'évolution des systèmes de santé et de la mobilisation des textes de loi ainsi que des séries de données sur 30 ans de l'OCDE, de l'OMS et d'Eurostat. On s'efforce, en conclusion, de dégager les facteurs qui participent à la différenciation des pays.

I - LES INSTRUMENTS DE LA PRIVATISATION EXTERNE ET DE LA PRIVATISATION INTERNE DES SYSTEMES DE SANTE

Dans son sens le plus commun, la notion de privatisation a une enveloppe juridique en désignant un type de propriété, souvent associé à la poursuite du profit. Une privatisation désigne alors le transfert de propriété juridique du public au privé comme on a pu l'observer pour certaines entreprises publiques. Cette définition stricte ne convient pas au domaine de la santé. D'abord parce que ces privatisations sont rares. Ensuite parce que la notion de secteur privé en santé est ambiguë car il existe des organisations (hôpitaux) privées à but lucratif et à but non lucratif. Dans le domaine de la santé, les différences entre ce qui relève du public et du privé ne peuvent ainsi se réduire à des entités de propriété juridique ou immobilière des équipements. La privatisation concerne aussi des modes de gouvernance et des modes de financement.

En s'appuyant sur une définition générique du terme "privatisation" pour désigner l'organisation d'un transfert du public vers le privé, on propose de distinguer un processus de privatisation qui peut être imposé aux individus qui le subissent d'un processus de privatisation qui peut être porté par les individus eux-mêmes (Batifoulier, 2014). On désignera le premier type de privatisation par l'expression "privatisation externe" et le second par "privatisation interne". Ces deux dimensions peuvent être combinées avec des pondérations différentes selon les pays. Elles peuvent ainsi s'appliquer sur le financement du soin mais aussi sur la délivrance du soin.

La privatisation "externe" porte sur les mesures qui développent le financement privé dans le cas des assurances sociales et les services de soins privés dans le cas de la délivrance de soins. La privatisation "interne" concerne les mesures visant d'une part les patients pour qu'ils adoptent "un comportement entrepreneurial" et d'autre part les professionnels du secteur public (assurances et services de soins) pour qu'ils mettent en œuvre un nouveau mode de gouvernance inspiré par celui des organisations privées (autonomie de gestion, contrainte d'équilibre financier et concurrence).

Le graphique 1 donne une représentation simplifiée de ces différentes formes de privatisation et le tableau 1 ordonne les différentes gammes de dispositifs dans les différents quadrants.

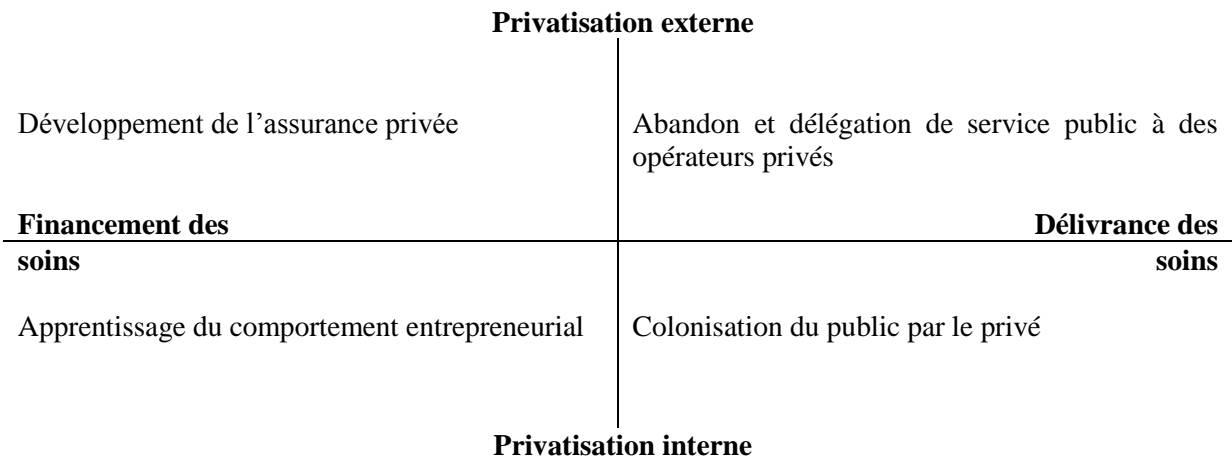
Graphique 1. Une pluralité de privatisations

Tableau 1. Une classification des dispositifs de privatisation

| <i>Financement des soins</i> | <i>Délivrance des soins</i> |
|---|--|
| <u>Privatisation externe</u> | |
| Quadrant I | Quadrant II |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transferts de l'assurance publique à l'assurance privée, augmentation des paiements directs des patients. ▪ Croissance de l'assurance privée entraînée par celle des services de soins privés résultant des insuffisances des services publics ("privatisation" par insuffisance [volontaire] de l'Etat). ▪ Partenariat public-privé (PPP) pour le financement d'hôpitaux publics par des fonds privés. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création de nouveaux services privés. ▪ Transformation de services "à but non lucratif" en "à but lucratif" (commercialisation). ▪ Achats d'hôpitaux publics par des fonds privés. ▪ Modification de la forme légale de services publics. ▪ Transferts des missions de service public aux hôpitaux privés (France: HPST, annulée ensuite). ▪ Exercice privé dans hôpitaux publics (soins, lits privés). ▪ Externalisation de services accomplis dans les hôpitaux (depuis nettoyage à examens de laboratoires et actes médicaux). ▪ Contrats hôpitaux publics/cliniques privées. ▪ Contrats régions ou collectivités locales/services privés. ▪ Coordination des soins transférée à des réseaux de généralistes. ▪ Couverture des soins dans le secteur privé par les assurances publiques quand insuffisances du secteur public de soins. ▪ (Partenariat public-privé: voir "financement") |

| <i>Financement des soins</i> | <i>Délivrance des soins</i> |
|---|---|
| <u>Privatisation interne</u> | |
| Quadrant III | Quadrant IV |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autonomisation des caisses d'assurance publiques (d'où: passation de contrats avec des fournisseurs de soins, création de réseaux de soins relevant des mutuelles). ▪ Séparation acheteurs et fournisseurs de soins: concurrence entre acheteurs de soins. ▪ Développement du libre choix du patient-consommateur entre les caisses (A1, P-B), d'où concurrence entre caisses. ▪ Alignement du traitement des mutuelles sur celui des compagnies d'assurance (directives européennes). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ "New Public Management". Autonomie de gestion des hôpitaux. ▪ Nouvelles formes de financement des hôpitaux (enveloppe globale, GHM, T2A). ▪ Rôle croissant de recherche de contrats (d'où concurrence). ▪ Evaluation des résultats. ▪ Paiements à la performance des généralistes (privés) par l'assurance publique. ▪ Accent sur concurrence: <ul style="list-style-type: none"> - Marché interne. - Séparation entre acheteurs et fournisseurs de soins: concurrence entre fournisseurs de soins. Contrats régions-collectivités locales ou caisses d'assurance avec services de soins publics. Achats de soins par les réseaux de soins primaires pour leurs patients. - Développement du libre choix du patient-consommateur entre les services publics. |

A - Le financement de la santé

La recherche de nouveaux financements privés pour la santé s'avère être un phénomène constant. Par ailleurs le mode de gestion des caisses publiques d'assurance est aussi modifié pour se rapprocher de celui du secteur privé et "optimiser" les dépenses.

1) La montée des financements privés

a) Le développement de l'assurance privée, des paiements directs des ménages, des partenariats entre public et privé

Dans la période récente, le report du financement sur les assurances privées et sur les paiements directs des ménages tend à s'accélérer. Les fonds privés sont aussi recherchés pour financer les investissements.

-L'assurance privée

La place donnée aux assurances privées dépend d'abord de la nature du système de santé. Elle est naturellement plus importante dans les systèmes fondés sur l'assurance que dans ceux fondés sur un service national de santé². Elle est aussi liée à sa nature: substitutive, complémentaire ou supplémentaire. Le développement du secteur de l'assurance privée est soutenu activement par l'Etat dans les pays étudiés. Cela concerne d'abord les incitations fiscales apportées directement aux personnes qui s'inscrivent à de telles assurances (par exemple dégrèvement de certaines cotisations d'assurance maladie dans le cadre de l'entreprise ou aides pour la CMU-complémentaire en France). Les limitations introduites dans tous les pays pour la prise en charge par l'Etat de divers frais médicaux par le biais des déremboursements et l'instauration de franchises ou de forfaits, tant en matière de médicaments et d'analyses médicales que de consultations ou d'actes chirurgicaux, stimulent aussi la demande pour une assurance privée. Enfin, un développement insuffisant du secteur public de soins peut entraîner un report sur le secteur de soins privé dont les coûts pour le patient ne sont pas ou sont seulement partiellement couverts par les régimes publics et requièrent des assurances privées ou des paiements directs des ménages.

-Les paiements des ménages

L'augmentation des paiements des ménages constitue en effet un autre pan de la privatisation du financement de la santé (Jemiai, Thomson and Mossialos, 2004). Elle résulte de la réduction des paiements et remboursements publics tant pour les médicaments et analyses que pour les soins

² Voir, entre autres, (Lewalle, 2006), (Kuptsch, 2001), (OECD, 2004b).

primaires et pour certains frais hospitaliers. Dans certains cas une limite annuelle supérieure est cependant fixée aux paiements des ménages (Belgique, Suède).

-Les Partenariats Public Privé

La privatisation du financement de la santé concerne aussi les investissements. C'est le cas des partenariats publics-privés (PPP) qui confient le financement et la construction des hôpitaux à des opérateurs privés moyennant une redevance de l'Etat selon des contrats de longue durée (souvent 25 ans). La Private Finance Initiative (PFI) du Royaume-Uni a été la première opération de ce type en Europe.

b) Des effets pas aussi bénéfiques que ceux attendus

-L'assurance privée

L'efficacité supposée de la gestion des assurances privées ne se retrouve pas dans les résultats observés. Les coûts administratifs sont élevés (coûts de transaction, publicité). Le "pooling" des risques est limité compte tenu de la taille restreinte de la population couverte par chaque compagnie d'assurance. La fragmentation des compagnies d'assurance diminue aussi leur capacité de négociation avec les services de soins et les médecins. La concurrence attendue entre les compagnies d'assurance, supposée stimuler l'efficacité, demeure souvent inopérante: la mobilité des individus entre les compagnies est faible et les assurés ne font pas (ou font peu) jouer la concurrence entre compagnies du fait des problèmes d'information et de portabilité de la protection (Thomson and Dixon, 2004). De plus les concentrations-fusions et les accords entre assureurs atténuent la concurrence. Les incitations à une plus grande efficacité censées résulter de la concurrence s'avèrent donc limitées (Schut and Van de Ven, 2011). Pour les patients les avantages en termes de coûts, qui sont supposés résulter de l'élargissement de leur choix, ne sont donc pas ceux attendus.

Les améliorations apportées par les assurances privées en matière de qualité des soins ne sont pas non plus celles prévues, les remboursements par les assurances privées étant souvent effectués sans vérification de la qualité et des résultats de ces soins.

Surtout l'assurance privée aggrave les inégalités³: pas ou peu de couverture des faibles revenus, inégalités dans l'accès et le recours aux soins (notamment à ceux des spécialistes) et aux médicaments, sélection des patients selon les risques. Seule une réglementation étendue et stricte peut en atténuer certains aspects mais elle ne porte que sur l'accès à un panier de soins de base (cas des Pays-Bas).

Globalement, compte tenu des avantages fiscaux accordés par l'Etat aux adhérents des compagnies privées, de la croissance de la demande de soins entraînée par une couverture

³ On verra que toutes les formes de privatisation, qu'elles concernent le financement ou la délivrance des soins, contribuent le plus souvent à augmenter les inégalités. Voir en particulier: (Brekke and Kverndokk, 2009), (Bricard et al., 2010), (Devaux and De Looper, 2012), (Or et al., 2009), (Van Doorslaer and Masseria, 2004), (Yilmaz, Jusot et Or, 2009).

complémentaire ou supplémentaire qui, de plus, se répercute aussi sur les dépenses publiques, de la difficulté du contrôle des coûts dans des systèmes avec payeurs multiples en concurrence, et des frais de la réglementation établie par l'Etat pour limiter les conséquences négatives pour les patients, la réduction de la dépense publique supposée résulter d'un report du financement sur l'assurance privée est inférieure à celle prévue par la théorie.

-Les paiements des ménages

Quant au report direct des coûts sur les ménages, son objectif est double: réduction attendue de la demande de soins et réduction immédiate des dépenses publiques. Mais l'effet sur la demande est loin d'être systématique. Certains services peuvent ne pas être sensibles aux prix (Blöchliger, 2008). Le partage des coûts peut entraîner un report sur des soins plus coûteux (certains malades dont les revenus sont faibles peuvent attendre l'aggravation de leur situation de santé pour entrer dans des services de soins dont le fonctionnement est plus coûteux; certains patients préfèrent entrer directement dans des services d'urgence gratuits, etc.) (Tamblyn et al., 2001; Lexchin and Grootendorst, 2004). Par ailleurs l'introduction de remboursements de soins et de médicaments accroît les frais de gestion par l'Etat. Au total, même si on observe souvent un impact à court terme des mesures de type hausse du ticket modérateur et moindre remboursement sur les dépenses de santé, plusieurs études montrent que l'on ne peut pas mettre en évidence une réduction des coûts à long terme. Cependant un succès durable dans le freinage des dépenses est obtenu dans le cas du développement des médicaments génériques.

Comme pour l'assurance privée, les conséquences en termes d'équité sont souvent négatives (Wagstaff et al., 1992, Wagstaff et al., 1999) et ne peuvent être atténuées que par une réglementation spécifique. En Suède, où les inégalités par rapport aux revenus dans l'accès aux soins ont augmenté avec l'introduction des paiements d'utilisateurs (Burstrom, 2002; Elofsson, Unden and Krakan, 1998; Docteur and Oxley, 2003), un plafond a été introduit sur les dépenses annuelles des ménages pour réduire ces effets. Il en va de même en Belgique.

Enfin des régimes spéciaux ont parfois été créés pour étendre la couverture publique à des catégories non encore protégées: c'est le cas en France avec la CMU et la CMU-C.

-Les PPP

La réduction des dépenses publiques attendue des PPP dans le long terme ne semble pas avérée comme en témoignent diverses études sur la PFI au Royaume-Uni qui ont soulevé des doutes sur le réel transfert de risques du secteur public au secteur privé compte tenu de la durée très longue des contrats (25-30 ans) et sur la réduction des coûts des opérations (Hellowell and Pollock, 2009; Shaoul, Stafford and Stapleton, 2007), les taux des prêts obtenus par les financeurs privés étant supérieurs à ceux des taux habituels.

2) Les changements dans la gestion des caisses publiques d'assurance : concurrence et autonomie

De nouveaux principes de gestion inspirés de ceux du secteur privé, notamment la concurrence, ont été introduits dans les caisses publiques d'assurance de certains pays, principalement les Pays-Bas et l'Allemagne. Ainsi, le libre-choix de leur caisse est accordé aux patients-consommateurs en Allemagne et aux Pays-Bas.

Une plus grande autonomie est aussi donnée aux caisses qui peuvent passer des contrats avec les fournisseurs de soins (eux-mêmes en concurrence entre eux) ou constituer des réseaux de soins.

Par ailleurs, le fonctionnement et la gestion des mutuelles qui ont un rôle majeur en santé, par exemple en France, sont alignés sur ceux des compagnies d'assurance à la suite de directives européennes.

B- La délivrance des soins

Dans le domaine des services de soins l'influence croissante du secteur privé passe par diverses modalités de privatisations et par la mise en oeuvre du "new public management" et de formes nouvelles de concurrence dans le secteur public.

1) Les diverses formes de privatisation externe portant sur la délivrance des soins

Les modalités des privatisations sont de plusieurs types: privatisation totale, externalisation de certaines activités des hôpitaux publics, activité "privée" au sein d'un service public, contrats entre les secteurs de soins public et privé ou entre les autorités publiques responsables du système de santé et des services privés.

a) Privatisation totale, externalisation d'activités du public, activité privée au sein du secteur public, contrats public-privé

-Privatisation totale

Une première catégorie de privatisation est liée à la création et au développement de services de soins dont la propriété est purement privée, que ces services soient à but lucratif ou non lucratif, mais une distinction doit être faite entre ces deux catégories qui, en général, ne sont pas soumises à la même réglementation. Ces privatisations peuvent se faire par exemple par création d'une nouvelle clinique ou par achat d'hôpitaux publics par des fonds d'investissement privés ou des chaînes de cliniques privées (Angeli and Maarse, 2012). Ce dernier cas se rencontre notamment en Autriche et en Suède et sur une grande échelle en Allemagne (Maarse, 2006; PIQUE; Schulten, 2006). Plusieurs raisons se combinent dans ce mouvement. En premier lieu les investissements financiers dans le secteur de la santé sont considérés comme particulièrement sûrs, stables (non-cycliques) et rentables, or la masse de capitaux en quête de placements a fortement cru à partir des années 1980 (Huffschnid, 2009; Orléan, 2011). Depuis 2008 les évolutions économiques perturbent quelque peu cette tendance

comme en témoigne les nombreux cas de revente de cliniques privées jugées insuffisamment rentables. En second lieu diverses lacunes dans la délivrance de soins publics laissent une demande de soins non satisfaite qui est immédiatement disponible pour le secteur privé. Enfin l'Etat peut encourager activement ce mouvement dans le but de limiter la croissance des dépenses publiques.

Le statut privé d'une organisation auparavant publique peut parfois être obtenu sans qu'il y ait nécessairement changement dans la propriété (cas de l'Allemagne, Busse and Wörz, 2004, p.86), par simple modification de la forme légale qui régit un service (société à responsabilité limitée, société par actions).

Par ailleurs la transformation d'un service privé à but non lucratif en un service à but lucratif peut être qualifiée de commercialisation plutôt que de privatisation mais cette question est ambiguë (Kuptsch, 2001).

-Externalisation d'activités des hôpitaux publics

Certaines activités de l'hôpital sont confiées à des prestataires privés. Ceci concerne en premier lieu des activités non médicales comme le nettoyage et la restauration. Parfois même, notamment en Allemagne (Busse and Wörz, 2004), c'est la gestion des hôpitaux publics qui est privatisée, les hôpitaux publics passant alors un contrat avec une société de gestion privée.

Par la suite c'est une partie des actes médicaux eux-mêmes qui a parfois été externalisée (analyses de laboratoire, certains soins) et le recours à des sociétés louant les services d'infirmières intérimaires est relativement fréquent dans les hôpitaux publics.

Allant encore plus loin, la loi HPST de 2009 en France transférait des missions de services publics aux cliniques privées; elle a été annulée en 2013.

-Activité "privée" au sein d'un service public

L'imbrication des secteurs public et privé peut donner lieu à l'exercice d'une activité "privée" dans un établissement public. C'est le cas des médecins de l'hôpital public, notamment des spécialistes, qui sont autorisés à développer une partie de leur exercice au sein même des hôpitaux publics avec un statut privé, ce qui se rencontre fréquemment. De même certains lits des hôpitaux publics peuvent être réservés à une pratique privée (par exemple en Angleterre: voir (Higgins, 2004)).

-Contrats public-privé

Lorsque les files d'attente deviennent très longues dans le secteur public et que les autorités régionales ou locales ont des responsabilités importantes en matière de santé et une grande autonomie de gestion, ces dernières peuvent conclure des accords autorisant les soins dans le secteur privé de la région d'appartenance (encouragement au secteur privé) ou les soins dans le secteur public d'autres régions. Parfois même les soins à l'étranger sont remboursés sous certaines conditions (Danemark par exemple). Dans certains cas les hôpitaux publics peuvent aussi passer des contrats avec des cliniques

privées (Espagne par exemple). Cette stratégie évite de recourir à des investissements publics coûteux dans le court terme tout en satisfaisant rapidement la demande de soins.

b) Une plus grande efficacité permise par ces privatisations ?

Les privatisations en matière de soins permettent-elles une meilleure efficacité que dans le secteur public? Plusieurs types d'efficacité peuvent être envisagées: administrative, technique, allocative.

Comparer au niveau global l'efficacité du secteur public de soins et celle du secteur privé n'est guère possible car il est bien connu que leurs activités sont différentes mais diverses études éclairent certains aspects de cette question. Ainsi les cliniques privées se spécialisent plutôt dans les opérations chirurgicales et les traitements les plus lucratifs et excluent souvent les cas les plus lourds et les multi-pathologies. Les hôpitaux publics sont soumis à de multiples contraintes qui leur sont spécifiques: fonctions d'enseignement et de recherche, ouverture permanente et urgences, traitement des multi-pathologies souvent exclues du secteur privé, opérations chirurgicales les plus coûteuses et équipements très lourds. Par ailleurs la privatisation conduit souvent à une fragmentation des services de soins qui diminue les économies d'échelle. La concurrence supposée permettre une meilleure efficacité des services privés est en outre réduite soit parce que les fournisseurs de soins coopèrent (Suède), soit par suite de fusions-acquisitions (Allemagne). En outre l'activité de prévention serait inférieure dans le secteur privé à celle du secteur public, ce qui peut accentuer dans le long terme la hausse des dépenses de santé.

Au total, le développement du secteur privé ne semblerait pas exercer de pression sur les prix du secteur de la santé comme le montrent divers exemples. Ainsi la croissance relative des prix du secteur santé serait plus petite quand le secteur public est plus grand (Globerman and Vining, 1998).

Enfin, reporter sur le secteur privé des soins qui auraient dû être effectués dans le secteur public rend plus difficile pour l'Etat d'exercer un contrôle sur les dépenses de santé qu'il finance.

2) Le "new public management" et la concurrence

a) Des formes multiples de nouvelle gestion

Sans qu'il s'agisse à proprement parler de privatisation, un modèle de gestion proche de celui du secteur privé, supposé d'une plus grande efficacité⁴, est introduit progressivement dans les services de santé publics (hôpitaux, réseaux de soins primaires). En ce qui concerne les hôpitaux, les premières mesures ont consisté en la mise en place de budgets globaux associant autonomie de gestion et contrainte budgétaire imposée par l'Etat. De nouvelles formes de financement ont ensuite été développées, avec le financement par GHM (groupes homogènes de malades) ou par la T2A

⁴ Voir par exemple (Oxley and MacFarlan, 1994).

(tarification à l'activité). Dans divers pays, les hôpitaux doivent rechercher des contrats pour équilibrer leurs comptes. Le Royaume-Uni va très loin dans cette direction, les hôpitaux pouvant se transformer en Trusts (Pond, 2006; Pollock, 2003). En ce qui concerne les soins primaires, la création de réseaux de soins peut s'accompagner aussi d'une plus grande responsabilisation financière, le Royaume-Uni constituant un exemple typique (les généralistes doivent se regrouper en réseaux, responsables pour leurs patients de l'achat des soins aux hôpitaux).

Une forme d'incitation à l'alignement de la gestion des hôpitaux publics sur celle des cliniques privées passe aussi par l'imposition d'un objectif de convergence des prix entre ces établissements. Ceci a été le cas en France jusqu'en 2013, cet objectif étant alors supprimé car les écarts dans l'activité des deux secteurs s'avèrent trop importants et peu réductibles.

L'introduction de la concurrence au sein du secteur public accompagne le NPM et met en jeu à la fois des critères de prix/coûts et de qualité⁵. Elle se fait par l'instauration de "marchés internes" (Le Grand, 1991; Oliver and Mossialos, 2005)⁶, introduits en Europe par le Royaume-Uni qui s'inspirait des Etats-Unis. La séparation entre acheteurs de soins et fournisseurs de soins mentionnée plus haut a renforcé cette concurrence (Propper, Burgess and Green, 2002). Les hôpitaux publics peuvent être en concurrence dans le cas où les régions sont responsables des soins et où elles procèdent à la passation de contrats avec eux ou dans le cas où les caisses d'assurance ou les réseaux de médecins procèdent à l'achat de soins. Enfin le développement du libre choix du patient, qui autorise celui-ci à choisir son généraliste ou l'hôpital où il recevra des soins en maintenant la même couverture publique, contribue à une forme de concurrence plus diffuse.

Des principes de gestion calqués sur ceux du secteur privé, désignés par "new public management" (NPM), sont ainsi développés au sein des services publics de soins: la propriété demeure publique mais une importance nouvelle est accordée au contrôle des dépenses, à une gestion "économe" des ressources et à l'augmentation de l'efficacité administrative, et les objectifs (hormis celui de dégager du profit) et les techniques de gestion sont rapprochés de ceux du privé.

Le développement de l'évaluation des résultats accompagne l'introduction du NPM⁷. Des agences publiques ont été mises en place dans ce but afin d'élaborer de nouvelles méthodes d'évaluation et de les appliquer alors même que la santé n'est pas une marchandise standard dont on pourrait réduire l'évaluation à quelques mesures simples (Batifoulier, Domin et Gadreau, 2007 et 2008).

En France où le statut des généralistes est privé mais où des conventions avec les assurances sociales publiques couvrent une partie d'entre eux et fixent des prix, l'aspect "privé" de l'exercice médical est renforcé par la prise en compte de la "performance" dans leur rémunération.

⁵ Voir (OECD, 2012) pour les hôpitaux.

⁶ Le terme de quasi-marché est parfois employé (Le Grand, 1991).

⁷ Voir (Ettelt et al., 2006) pour les évaluations des généralistes et des spécialistes.

b) Des effets parfois pervers

Il n'existe pas d'appréciation globale des politiques décrites ci-dessus mais diverses études de cas s'efforcent d'estimer les effets de l'introduction de mesures de paiements par groupes homogènes de malades et de tarification à l'activité dans les hôpitaux publics. Elles font fréquemment apparaître un risque de compensation entre une augmentation de la quantité des actes (qui se lit dans la croissance générale du nombre de sorties des hôpitaux par exemple) et une réduction de leur qualité⁸, un risque d'écrémage par choix des cas les plus faciles à traiter et donc une augmentation des inégalités, et une surcotation des actes. De plus la mise en application de ces nouvelles méthodes de gestion entraîne systématiquement des coûts supplémentaires d'adaptation dans les hôpitaux.

C – Les autres mesures que la privatisation

La notion de privatisation, même si elle est plurielle ne peut prétendre saisir toutes les réformes.

En particulier, la décentralisation⁹ constitue le deuxième grand axe des réformes en santé après les privatisations¹⁰. Au-delà des trois grandes catégories que constituent la délégation, la déconcentration et la dévolution, ses formes diffèrent selon les pays. L'autonomie des régions et collectivités locales est d'autant plus importante que le droit de lever des impôts leur est accordé.

Certains objectifs de la décentralisation sont proches de ceux des privatisations: meilleure adaptation aux besoins, amélioration de l'efficacité technique et promotion des innovations. Mais deux différences majeures les séparent: un objectif d'efficacité allocative propre aux autorités locales et la recherche du profit propre aux organisations privées¹¹. En outre la décentralisation poursuit aussi des buts d'ordre administratif ou politique (moyen pour reporter certaines tensions sur les niveaux administratifs inférieurs, recherche de mécanismes de démocratie aux Pays-Bas, revendications anciennes d'autonomie régionale en Espagne).

Surtout les régions ou collectivités locales peuvent avoir leurs propres politiques d'encouragement à la privatisation, qu'elles passent par le développement d'accords avec des services privés de délivrance de soins (Italie, Espagne) ou encouragent la privatisation d'hôpitaux, entrant parfois en conflit avec le gouvernement central (exemple de la Suède). C'est notamment le cas de l'Italie et de l'Espagne. Les régions en Italie ont même le choix du modèle d'assurance et de soins entre trois catégories.

⁸ On observe un raccourcissement de la durée de séjour en hôpital dans tous les pays, qui ne signifie pas forcément une baisse de la qualité des soins: l'intensité des analyses et des traitements en hôpitaux peut avoir augmenté mais il n'y a pas d'études de ceci. Un indice plus pertinent de qualité pourrait être fourni par l'évolution des taux de réadmission dans les hôpitaux.

⁹ Voir (Bankauskaite and Saltman, 2006), (Polton, 2003), (Saltman, Bankauskaite and Vrangbaek (eds.), 2006).

¹⁰ De nombreuses mesures différentes des privatisations et de la décentralisation sont aussi adoptées (introduction d'un médecin référent, obligation d'un parcours de soins, changement de mode de paiement des médecins, etc.). Elles ne sont pas examinées ici, cet article se concentrant sur la privatisation.

¹¹ Rappelons que, dans le domaine de la santé, certaines organisations privées sont cependant à but non lucratif.

Comme, lorsque la décentralisation est développée, les responsabilités des régions et des autorités locales portent en général sur l'organisation, la gestion, et parfois la planification des services publics ambulatoires et hospitaliers, toutes les mesures adoptées par ces autorités administratives seront brièvement résumées pour chaque pays, par commodité, dans le paragraphe correspondant de la partie II-B-2 (Délivrance des soins: privatisation interne).

Diverses mesures qui ne sont pas associées à la privatisation ni à la décentralisation ont été aussi adoptées (par exemple extension de la couverture de la population, changement de l'organisation de l'assurance publique, évaluation des soins, coordination des services de soins, etc.). Elles ne seront pas évoquées ici sauf exception (pour plus d'informations voir André, 2015).

II - LES PRIVATISATIONS DANS LES SYSTEMES DE SANTE EN EUROPE AU COURS DES TRENTE DERNIERES ANNEES

L'une des principales raisons de la multiplication des réformes contemporaines des systèmes de santé tient à l'importance et à la croissance particulièrement soutenue des dépenses publiques qui leur sont liées. La recherche du contrôle et de la limitation des dépenses de santé constitue ainsi depuis plus de vingt ans un objectif constant mais qui revêt une importance variable selon les pays et les périodes.

Cet objectif est particulièrement difficile à tenir car l'évolution des dépenses publiques de santé est liée à de nombreux facteurs exogènes qui échappent largement au contrôle de l'Etat comme l'innovation technologique (médicaments, équipements techniques), l'évolution des prix dans le secteur de la santé, l'élargissement de l'information des patients, la démographie, les caractéristiques des emplois, la pollution, les conditions de logement, les habitudes de consommation, etc. En outre les interventions de l'Etat sont parfois contournées par les stratégies des acteurs qui entrent en jeu. Elles peuvent aussi induire des effets sur la demande plus ou moins bien anticipés.

Les réponses apportées aux tensions en Europe ont été le plus souvent orientées dans le même sens sous l'influence de l'idéologie néo-libérale dominante. Elles suivent trois grandes tendances: la privatisation, la mise en œuvre de la "nouvelle gestion publique" (NGP), et la décentralisation, le dosage des instruments de réforme étant propre à chaque pays. Par ailleurs diverses mesures visent à corriger les défauts introduits par celles adoptées précédemment et à poursuivre certaines améliorations du système de santé, notamment par le biais d'une meilleure coordination et d'une plus grande planification.

Cette seconde partie vise à comparer les deux premières tendances des réformes, celles des privatisations et de la NGP, dans quatorze pays de l'ancienne UE-15 (Luxembourg exclu). Ces pays correspondent à ceux qui, en Europe, présentent les plus grandes ressemblances du point de vue de

leurs niveaux de développement économique et technologique et de leurs caractéristiques politiques, sociales, sociétales et culturelles. Ces ressemblances laissent ainsi plus de place aux différences de politique des systèmes de santé pour s'exprimer.

L'accent est mis sur la comparaison des dynamiques de changements depuis 1980 plutôt que sur une comparaison en statique de niveaux de privatisation.

Comme on l'a souligné, il apparaît pertinent de distinguer deux champs dans les systèmes de santé: le financement et la délivrance des soins. En effet, bien que ces champs ne soient pas totalement indépendants l'un de l'autre (les choix originels ont été fixés en parallèle, le développement des assurances privées accompagne celui des services de soins privés, etc.), leurs acteurs sont largement distincts et sont liés à des secteurs économiques différents (par exemple au secteur financier pour les assurances maladie, au secteur industriel pour les médicaments et l'équipement technique, etc.), et leurs rapports avec l'Etat passent par des administrations différentes. En outre le comportement des patients peut faire l'objet d'incitations publiques spécifiques dans chacun de ces champs (Batifoulier, 2014).

L'examen des privatisations est donc mené de façon séparée pour le financement (section A) et la délivrance des soins (section B) dans chaque pays. Il prend en compte à la fois des éléments quantitatifs (structure des dépenses et des ressources¹²) et des éléments qualitatifs appréciés sur la base d'études et d'analyses propres à chaque pays ou comparatives. Le manque d'indications précises sur le degré effectif d'application et les délais de mise en œuvre des nouvelles mesures est évidemment un élément de fragilité des caractérisations proposées ici puisqu'il n'est pas possible de relier directement l'adoption d'une réforme et l'évolution des indicateurs quantitatifs qu'elle modifie; l'incertitude est accentuée par le fait que ces indicateurs sont soumis à l'influence de plusieurs mesures¹³. Néanmoins, lorsque l'on s'en tient au niveau macroéconomique et que l'on examine une période longue, certains rapprochements de tendances peuvent être faits. On résumera dans la troisième partie de cet article la position relative des pays.

A- Le financement des systèmes de soins

Les éléments examinés pour distinguer les groupes de pays selon la privatisation du financement des systèmes de soins sont les réformes concernant ce domaine et l'évolution de quelques indicateurs quand ils sont disponibles (voir les annexes pour le financement et les dépenses¹⁴; voir aussi les annexes de (André, 2015)).

1) Privatisation externe

¹² La comparaison internationale de telles séries (OCDE, Eurostat, OMS) doit être considérée avec prudence. On a parfois utilisé les comptes nationaux des pays pour compléter et/ou harmoniser les séries précédentes.

¹³ On s'appuie sur de nombreuses études nationales ou comparatives et sur des discussions dans de nombreuses conférences.

¹⁴ Ces tableaux sont à considérer avec prudence, les indicateurs n'étant pas toujours homogènes dans le temps.

Trois groupes de pays se différencient selon l'intensité du recours à la privatisation externe. Leur position relative est indiquée dans le quadrant 1 du Graphique 2.

a- Recours relativement élevé à la privatisation externe du financement

Trois pays recourent fortement à la privatisation externe mais pour des raisons différentes et sous des formes spécifiques: les Pays-Bas, l'Irlande et le Portugal.

a.1) Pays-Bas: large privatisation mais très encadrée

Les Pays-Bas se distinguent par un système assurantiel ancien. L'assurance a été organisée en trois secteurs: une assurance de base pour les gros risques pour tous les résidents (AWBZ); une assurance obligatoire pour les petits risques (ZFW) qui s'adresse aux plus faibles salaires (ce groupe ayant été progressivement élargi du fait des relèvements de plafond des revenus) et à divers autres groupes¹⁵ et qui est gérée par de multiples caisses tant publiques que privées; et enfin des assurances substitutives, facultatives, privées¹⁶. Notons qu'il y a une certaine ambiguïté dans les termes "public" et "privé" pour l'assurance. Des assureurs privés peuvent gérer une partie de l'assurance obligatoire. L'assurance est financée par des cotisations liées aux salaires et par une prime forfaitaire déterminée par chaque régime d'assurance depuis 1991. Des assurances complémentaires privées peuvent être aussi souscrites pour les services non couverts par les caisses précédentes. Les assurances privées peuvent être à but non lucratif ou rechercher le profit. Elles sont fragmentées du fait de leur association aux "piliers" de la société et les mutuelles sont nombreuses dans ce secteur.

Plusieurs réformes ont été adoptées depuis les années 1980. Les principales mesures allant dans le sens de la privatisation externe sont les suivantes. Les plans Dekker puis Simons, en 1987, ont proposé d'abolir la distinction entre assureurs publics et privés, de laisser les patients libres de choisir leur assureur, et de permettre aux assurances de gérer des réseaux de soins. Les plans ont ainsi établi un principe de concurrence d'une part entre assureurs et d'autre part entre fournisseurs de soins. Une loi a permis en 1992 aux assureurs privés de négocier avec les fournisseurs de soins des tarifs inférieurs aux tarifs officiels.

Mais les assureurs privés ont conclu des ententes entre eux. Aussi la nouvelle coalition gouvernementale de 1994 a aboli ces mesures. Les ententes entre assureurs privés ont été interdites en 1998.

Un nouveau plan en 2001 a prévu de fusionner en 2006 le ZFW et les assurances privées substitutives en un régime unique qui serait géré par des assureurs en concurrence (y compris par les

¹⁵ La couverture a été élargie dans les années 1990 aux étudiants, aux personnes âgées, et aux indépendants dont les revenus sont faibles.

¹⁶ Une grande partie de la population a une assurance privée. Il y a trois catégories d'assurance substitutive: une assurance privée facultative ; le WTZ, un régime créé par la loi en 1986 pour les personnes non éligibles au ZFW et qui ont des difficultés à acheter à acheter un plan privé en raison de leur âge ou de leurs conditions de santé (l'Etat détermine la prime forfaitaire pour ce régime); un régime spécial pour les employés publics des autorités municipales et provinciales.

assureurs privés à but non lucratif) (Helderman et al., 2005). Le choix a été posé en 2003 entre deux options: élargir la concurrence dans un cadre d'assurance universelle ou privatiser l'assurance santé et imposer aux assureurs d'accepter toutes les personnes qui le demandent de façon non discriminatoire. C'est la deuxième option qui a été retenue (Maarse and Okma, 2004, p.106) (Cohu, Lequet-Slama et Volovitch, 2006). La grande réforme de 2006 a ainsi aboli les assurances substitutives pour les hauts revenus et l'assurance obligatoire est alors devenue une assurance unique. Cette réforme a donné un fort pouvoir d'encadrement à l'Etat notamment pour les garanties minimales qui doivent être accordées à tous. Par contre les offres d'assurance complémentaire bénéficient toujours de la liberté commerciale. Le paiement pour les petits risques est devenu forfaitaire et les primes d'assurance ont ainsi constitué un élément de concurrence (Schut and Van de Ven, 2001) (Maarse and Meulen, 2006).

En décembre 2009 le gouvernement a décidé de continuer à privatiser l'assurance. Un accord négocié met en place en 2012 un plafonnement de l'évolution des dépenses de santé. Le gouvernement propose en 2012 de mettre fin à la péréquation financière ex post entre assureurs qui permet de tenir compte des surcoûts entraînés par l'obligation d'accepter toutes les demandes d'adhésion (Wierink, 2014), ceci dans le but d'inciter les assureurs à mieux négocier avec les prestataires de soins.

Une autre façon d'accroître la privatisation externe du financement de la santé a consisté à reporter une partie des paiements des soins directement sur les patients. Ceci a été utilisé surtout après 1991 et a consisté à diminuer les remboursements et à accroître les copaiements. Mais une franchise annuelle des dépenses a été instituée en 2006 ainsi qu'un plafond annuel des paiements des ménages. Enfin un projet de report des coûts sur les patients qui sortiraient des réseaux de soins de leur assurance devrait être appliqué en 2016.

Par ailleurs les prestations maladie ont été en partie reportées sur les entreprises, ce qui a contribué à réduire les dépenses publiques et à développer les assurances privées que les entreprises ont souscrites pour se couvrir.

Au début des années 2000 les Pays-Bas sont, avec la France, le pays où la part de la population couverte par l'assurance privée est la plus forte. Cette caractéristique est renforcée par la réforme de 2006. Quant au financement, la part de l'assurance santé privée (ASP) est moyenne en comparaison aux autres pays, celle des paiements directs des ménages (PDM) est plutôt faible.

Quelques informations complémentaires¹⁷

Couverture:

-Vers 2000, environ 92% de la population avait souscrit une assurance privée; 24% de la population était couverte par une assurance substitutive, plus de 60% par une assurance complémentaire¹⁸.

- En 2007, 92% de la population était couverte par assurance supplémentaire¹⁹.

¹⁷ Un encadré donnant quelques informations sur la couverture de la population par l'assurance et la structure du financement est établi selon le même modèle pour chacun des pays étudiés. Les abréviations utilisées et les sources pour chaque indicateur sont les mêmes à chaque fois. Pour des raisons de simplicité, elles ne sont indiquées que pour le premier encadré.

¹⁸ Sources: OECD, 2004b; et (Mossialos and Thomson (eds.), 2004).

Financement:

-Paiements directs des ménages (PDM) en 2000: 9% des dépenses totales; Assurances de santé privées (ASP) en 2000: 23% des ressources totales ²⁰.

-En 2007 ou année la plus proche, en % des dépenses courantes: PDM: 6%, ASP: 6,2% ²¹.

Au total, la privatisation a été largement étendue au secteur des assurances mais avec un encadrement très strict par l'Etat pour préserver les possibilités de couverture des patients pour des garanties minimales.

a.2) Irlande et Portugal

Les systèmes de santé étaient très en retard en Irlande et au Portugal par rapport aux autres grands pays européens. Leur développement a donc constitué un objectif important, notamment sous l'influence de leur entrée dans l'UE (respectivement 1973 et 1986). Le recours au financement privé a été un des instruments utilisés dans ce but. Mais les points de départ et les évolutions politiques et économiques spécifiques à ces deux pays ont influencé les trajectoires.

a.2.1) Irlande: importance majeure et ancienne de l'assurance privée, croissance récente des paiements directs des ménages

L'Irlande combine des mécanismes assurantiels pour certains groupes et un service national de santé (SNS) avec financement public. Une assurance publique facultative est disponible.

La place des paiements des ménages et des assurances privées s'est fortement élargie pour accompagner le développement des services de soins publics et privés participant à la progression recherchée du système de santé. La grande période de croissance 1995-2007 a facilité le financement de ce système.

Les assurances privées étant dominées par une grande organisation à but non lucratif, la réglementation a cherché à renforcer la concurrence en 1994 puis en 2001. Les assureurs peuvent passer des contrats avec les fournisseurs de soins.

Puis un projet d'assurance santé universelle a été proposé mais son entrée en vigueur a été plusieurs fois repoussée.

L'Irlande forme, avec la Belgique, un groupe de pays où environ la moitié de la population est couverte par l'assurance privée. La part de l'ASP dans le financement est cependant importante en comparaison internationale car les assurances privées sont essentiellement duplicatives; la part des paiements directs des ménages a particulièrement augmenté ces toutes dernières années.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

¹⁹ Source: (Paris, Devaux and Wei, 2010), Table 11.

²⁰ Annexes, Tableaux A-1, A-2, A-3.

²¹ Source: (Paris, Devaux, Wei, 2010), Table 12.

-Les assurances privées duplicatives couvrent 51,2% de la population en 2007.

Financement:

-Paiements directs des ménages PDM en 2010:17,4% des dépenses totales; Assurances de santé privées ASP en 2005: 8,6% des ressources totales.

-En 2007 ou année la plus proche, en % des dépenses courantes: PDM: 9,9%, ASP: 8,4%.

En résumé, l'assurance privée tient traditionnellement une part importante en Irlande.

a.2.2) Portugal: importance et croissance soutenue des paiements directs

Le nouveau service national de santé créé en 1979 au Portugal n'a fait l'objet que d'une mise en œuvre partielle (voir aussi partie 2 sur la délivrance des soins). Mais la révision de la Constitution en 1989 a confirmé l'existence d'un SNS universel et gratuit²².

Le rattrapage recherché en matière de système de soins a été soutenu. Il a été notamment accompagné d'incitations accordées aux assurances privées dans les années 1990, à la suite du plan général de privatisation de l'économie de 1989. En particulier une autorisation de substitution des assurances privées à l'assurance légale a été donnée en 1993.

Les paiements directs des patients ont été aussi augmentés dans les années 1990 pour accompagner la progression des dépenses de santé. Le partage des coûts a été accentué en 2007.

La recherche de financement privé est aussi passée par des partenariats publics privés (PPP) pour les nouveaux hôpitaux publics au début des années 2000.

Après la crise ouverte en 2008 le Memorandum de 2011 prévoit une hausse de la participation financière des patients et l'augmentation des prix de recours au SNS.

Au début des années 2000 l'assurance privée ne couvre qu'une partie plutôt faible de la population et ne fournit qu'une faible partie du financement de la santé. Par contre la place des paiements directs des ménages est la plus élevée parmi les pays étudiés.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

-Vers 2000, 14,8% de la population est couverte par une assurance privée, principalement supplémentaire.

-En 2007 assurance complémentaire (et id pour supplémentaire): 8,7%; (duplicative: 17,9%).

Financement:

-PDM en 2010: 26% des dépenses totales; ASP en 2005: 5,1% des ressources totales.

-En 2007 en % des dépenses courantes: PDM: 22,9%, ASP: 4,3%.

Le Portugal se distingue par le poids exceptionnel et une nette progression des paiements directs des ménages. Ces derniers se situent au second rang après la Grèce parmi les pays considérés.

b- Recours modéré à la privatisation externe du financement

²² Le statut du SNS a été publié en 1993. Il prévoit l'intégration des centres de soins primaires et des hôpitaux dans des Unités de santé.

La majorité des pays continentaux (Belgique, France, Allemagne), deux pays nordiques (Danemark, Suède), et trois pays du Sud (Italie, Espagne, Grèce) sont dans une position intermédiaire du point de vue de l'importance de la privatisation externe du financement. Leurs caractéristiques sont diverses. Leurs systèmes de santé reposent sur l'assurance ou sur un SNS et l'ancienneté de leur création sous sa forme actuelle est très variable.

b.1) Belgique: report sur les paiements directs des ménages et importance du secteur privé à but non lucratif

Le système de santé belge est de type assurantiel et repose sur le principe du remboursement. La place des mutuelles est importante dès le début de la période étudiée pour l'assurance de base: souvent à base professionnelle, elles participent à la gestion de l'assurance maladie obligatoire. Une loi de 1990 leur a aussi permis de participer à l'assurance complémentaire, ce qui leur a laissé plus de liberté que dans le domaine de l'assurance de base. Des compagnies d'assurance sont aussi présentes.

Le développement de la concurrence entre fonds d'assurance est devenu un objectif important à partir de 1994. Les compagnies recherchant le profit sont une minorité et ce sont principalement les assurances privées à but non lucratif qui ont connu un certain développement.

Une certaine uniformisation de la couverture s'est dessinée après 2005.

Le report des coûts sur les ménages était large dès le début de la période retenue et il a encore augmenté, surtout à partir de 1993. Il passe notamment par les déremboursements, en particulier après 2001. Ceci a tendu à renforcer le rôle des assurances complémentaires. Néanmoins un plafond a été imposé en 2002 sur le montant annuel total payé par les ménages et les versements des populations les plus vulnérables ont été récemment réduits.

La part de la population couverte par l'assurance privée est importante et se situe à la troisième place après les Pays-Bas et la France, mais la place de l'ASP dans le financement est moyenne (il s'agit principalement d'une assurance complémentaire). Par contre les paiements directs des ménages sont plutôt élevés.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

-Au début des années 2000 la proportion de la population couverte par une assurance privée est de 57,5% (30-50% pour l'assurance complémentaire; 7,1% pour l'assurance substitutive).

-En 2007 population couverte par assurance complémentaire privée: 77,4% (id pour assurance supplémentaire).

Financement:

-PDM en 2010: 14,2% des dépenses totales, ASP en 2005: 6,5% des ressources totales.

-En 2007 en % des dépenses courantes: PDM: 19%, ASP: 5,9%.

En définitive la place des assurances privées à but non-lucratif et des paiements directs des ménages a progressé²³.

b.2) France: croissance de l'assurance privée complémentaire

Le système français est aussi de type assurantiel par remboursement²⁴ et l'assurance nationale couvre presque toute la population. L'assurance complémentaire est facultative et privée, principalement à but non lucratif (mutuelles particulièrement importantes et institutions de prévoyance) mais des sociétés d'assurance à but lucratif sont aussi présentes. Elle couvre une grande partie de la population.

Dans la seconde moitié des années 1980 diverses mesures ont eu pour but de créer un marché concurrentiel dans l'assurance complémentaire. Une réforme du code de la mutualité a été adoptée en 1985 pour alléger la tutelle administrative et "normaliser" les conditions de concurrence avec les sociétés à but lucratif. Le code de la mutualité a été de nouveau modifié en 2001 pour adapter la Directive Européenne sur l'assurance qui sépare les activités d'assurance et de gestion des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles.

L'Accord national interprofessionnel (ANI) de 2013 a prévu de donner obligatoirement, dans toutes les entreprises, l'accès de tous les salariés à une assurance complémentaire de santé. Les employeurs doivent contribuer à son financement, les négociations ayant lieu par branche. En cas d'échec, une assurance couvrant un panier minimum de soins et financée pour moitié par les entreprises et par les salariés doit être mise en place avant le 1/1/2016. Cette loi modifie la situation essentiellement dans les PME car il y existe plus rarement une couverture collective. Ceci doit permettre d'étendre la couverture complémentaire à tous les salariés. La mise en œuvre de cette loi suscite une réelle concurrence entre toutes les catégories d'assureurs/mutuelles.

La privatisation externe est aussi passée largement par la hausse des paiements des ménages entraînée par les déremboursements, l'augmentation des copaiements, la création de forfaits journaliers à l'hôpital, etc. Néanmoins, il n'y a pas de copaiements dans les cas graves. Le partage des coûts a été essentiellement pris en charge par les mutuelles et les assurances complémentaires privées jusqu'en 2005. Le gouvernement a alors durci la législation pour limiter la hausse des dépenses et a introduit de nouveaux copaiements qui ne peuvent plus être reportés sur les mutuelles et les assurances complémentaires, l'objectif étant de peser sur la demande de soins des patients²⁵.

La privatisation externe a été aussi associée à la création d'une couverture médicale universelle CMU et d'une couverture complémentaire CMU-C en 1999 correspondant respectivement à une

²³ Kesenne, Alosse et Leonard., 2004 parlent de "privatisation implicite".

²⁴ Les soins sont essentiellement assurés par des médecins privés dans le secteur ambulatoire, par des hôpitaux publics et par des cliniques privés.

²⁵ Une réforme de la gouvernance de l'assurance-maladie a été également adoptée en 2005. Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie doit avoir davantage de pouvoirs, et les mutuelles, les fonds d'assurance et les fonds de prévoyance ont été autorisés à signer des accords avec l'assurance maladie et les professionnels de santé.

couverture de base pour les résidents légaux et à une assurance complémentaire pour les personnes aux revenus faibles. Les assurances privées ont été alors associées au fonctionnement de la CMU. Des aides ont été apportées à partir de 2005 aux revenus faibles pour acheter une assurance complémentaire.

Enfin, une dernière forme de privatisation externe passe par le financement de la construction d'hôpitaux publics avec des fonds privés sur la base de partenariats publics privés (PPP), et quelques associations ont été ainsi établies.

L'assurance privée couvre, comme aux Pays-Bas, plus de 90% de la population. Le financement par l'ASP est, de loin, le plus élevé en comparaison internationale mais, à l'opposé, la part des paiements directs des ménages est plutôt faible.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

-La répartition de la population couverte par des assurances privées entre les diverses formes de ces dernières est: assurances privées à but non lucratif (mutuelles pour 61%, institutions de prévoyance pour 17%). Les compagnies commerciales ont une part de marché de 22%.

-En 2007, 92% de la population est couverte par une assurance complémentaire.

Financement:

-PDM en 2010: 7,3% des dépenses totales; ASP en 2005: 13,5% des ressources totales.

-En % des dépenses courantes: PDM: 6,8%, ASP: 13,8%.

La France se caractérise par une croissance soutenue de l'assurance privée complémentaire. En conséquence, la part des versements directs des ménages est faible en comparaison aux autres pays.

b.3) Allemagne: progression de l'assurance privée avec l'unification, tendance à la hausse des paiements des ménages

Le système de santé allemand est de type assurantiel. L'assurance légale comporte des caisses régionales, professionnelles et d'entreprise. L'assurance privée tient aussi une place importante.

Chaque salarié doit être en principe assuré par l'assurance de base mais certaines catégories ne sont pas couvertes (hauts revenus, fonctionnaires, militaires, la plupart des travailleurs indépendants) et elles peuvent alors souscrire une assurance facultative substitutive. De plus, il est possible d'adhérer à une assurance complémentaire. Les caisses ont un grand rôle. Elles peuvent passer des contrats avec les médecins dans le cadre d'une réglementation spécifique mais cette organisation est source de grandes différences régionales et entre caisses. Divers acteurs, comme les associations de professionnels (notamment médecins), sont associés à ces caisses.

L'unification a provoqué une accélération du développement de l'assurance privée. (Busse and Wörz, 2004) expliquent que l'augmentation de 21% de la population couverte par une assurance santé privée complète entre 1991 et 2001 est principalement due à la nouvelle adhésion de patients de la partie Est. Ces auteurs estiment que la privatisation n'aurait pas été un plan systématique.

Cependant, à partir de 1994, une certaine limitation des assurances substitutives a été imposée: le plafond de revenus qui déterminait le caractère obligatoire de l'adhésion au régime d'assurance a été fortement relevé afin de réduire les incitations à s'inscrire à une caisse privée et de reporter des ressources sur l'assurance de base.

La montée des paiements directs des ménages constitue l'autre volet de la privatisation externe. Les débats se sont poursuivis sur le mode de financement des assurances, l'un des objectifs majeurs de la politique budgétaire allemande étant en effet de réduire ou stabiliser le taux des cotisations sociales (pour tous les risques). La réforme Blüm de 1988-1989 a ainsi mis l'accent sur les paiements des patients. Plusieurs lois en 1996 et 1997 ont accentué cette tendance. Un certain recul est intervenu en 1998. Puis un tournant a été pris avec l'accord de 2003 sur l'Agenda 2010 qui met l'accent sur l'augmentation du partage des coûts (copaiements) et la réduction de la couverture (déremboursements). La réduction des cotisations d'employeurs constitue également une tendance récente.

L'assurance privée ne concerne qu'une faible part de la population bien que sa place dans le financement soit relativement large (du fait de son caractère substitutif pour une partie de la population). Les paiements des ménages se situent plutôt dans la moyenne.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

-En 2001 environ 88% de la population étaient couverts par l'assurance santé de base (74% sur une base obligatoire, 14% sur une base facultative), 9% par l'assurance privée substitutive, et 2% relevaient d'une assurance publique gratuite.

-En 2007 17,5% couverts par assurance complémentaire et id par supplémentaire.

Financement:

-PDM en 2010: 13,2% des dépenses totales; ASP en 2005: 10% des ressources totales.

-En 2007 en % des dépenses courantes: PDM: 13,1%, ASP: 9,6%.

En résumé l'unification a stimulé l'élargissement de l'assurance privée et les paiements directs des ménages ont aussi augmenté mais de façon irrégulière.

b.4) Danemark: montée des copaiements et développement de l'assurance privée

Le service de santé danois est fondé sur des services de santé locaux. La médecine ambulatoire est essentiellement privée. Les régimes d'assurance couvrent les soins donnés par les médecins privés sur la base d'accords avec les organisations de généralistes et la population est largement couverte par ces régimes²⁶. Une grande mutuelle à but non lucratif était dominante. Les assurances privées, à but non lucratif ou pas, se sont développées dans les années 1990 car elles permettaient le libre choix du médecin. Elles ont reçu une aide publique à partir de 2002.

²⁶ De façon plus précise, deux statuts sont présents en matière d'assurance. Le premier statut est celui de 97% de la population qui est couverte par une assurance générale. Le second statut concerne des catégories particulières de la population.

La privatisation externe résulte aussi du report d'une partie des prestations pour congés de maladie sur les entreprises à partir de 1994.

Elle découle aussi de la montée des copaiements, qui a été une raison majeure des nouvelles souscriptions d'assurance par les patients.

Au total, la part de l'assurance privée est plutôt faible tant en termes de population couverte que de financement. Les paiements directs des ménages se situent plutôt au-dessus de la moyenne.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

- Vers 2000, 28% de la population est couverte par une assurance complémentaire.
- En 2007, population couverte par assurance complémentaire: 15,5% (id pour supplémentaire).

Financement:

- PDM en 2010: 13,2% des dépenses totales; ASP en 2005: n.d.
- En 2007, en % des dépenses courantes: PDM: 13,8%, ASP: 1,7%.

La caractéristique principale tient à la hausse des copaiements. La place de l'assurance privée, même si elle a progressé, est encore limitée.

b.5) Suède: hausse des copaiements et développement récent de l'assurance complémentaire

Le service national de santé suédois a été anciennement établi. L'assurance publique nationale ne verse que les prestations de maladie. La plupart des soins sont financés par l'impôt, qu'ils soient fournis par le secteur public ou privé. Compte tenu de la gratuité des soins pendant une longue période il n'y a pas d'assurance nationale obligatoire pour les soins, l'assurance complémentaire a peu d'importance et la population couverte par une assurance privée est faible.

L'assurance supplémentaire privée s'est cependant un peu développée pour certains soins que l'assurance publique ne prend pas en charge, ou à la suite des nouveaux paiements reportés sur les ménages, ou parce que les pertes de revenus entraînées par la maladie étaient jugées trop importantes. Les contraintes imposées récemment au service public de soins de santé ont en effet entraîné la progression des services de soins privés et, en parallèle, celle des assurances privées.

La part des versements des ménages s'est agrandie, les copaiements ayant augmenté à la fin des années 1990, mais un plafond annuel s'applique aux paiements des ménages pour les services publics.

Le financement par les employeurs a été aussi accru avec la mise à leur charge d'une partie des congés de maladie à partir de 1992.

La population couverte par l'assurance privée et le financement fourni par celle-ci sont très faibles, voire négligeables. Par contre les paiements directs des ménages sont aujourd'hui supérieurs à la moyenne.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

-En 2007 population avec assurance complémentaire: 0%, supplémentaire: 2,3%.

Financement:

-PDM en 2010: 16,8% des dépenses totales; ASP en 2005: n.d.

-En 2007 en % des dépenses courantes: PDM: 15,9%, ASP: 0,2%.

La privatisation externe du financement est essentiellement passée par les copaiements. Le poids de l'assurance privée est demeuré faible.

b.6) Italie: relèvement des paiements des ménages, variété de la politique des régions

La situation de l'Italie est particulièrement complexe. Un SNS y a été créé en 1978 dans une période de changement politique ainsi qu'une assurance universelle obligatoire. Celle-ci a d'abord exclu les salaires élevés avant de les intégrer en 1988. Ce système devait remplacer en grande partie les mutuelles et les compagnies d'assurance privées qui le composaient auparavant.

Une caractéristique des réformes en Italie depuis les années 1980 tient à la double importance de la décentralisation (la dimension régionale est présente dès le début, avec les USL et les districts locaux) et de la privatisation.

Plusieurs réformes ont été adoptées dans les années 1990 portant à la fois sur la décentralisation et les privatisations (loi Amato-Di Lorenzo de 1992, loi de 1995). La décentralisation a été particulièrement approfondie en 1995, les régimes publics d'assurance devant être établis au niveau de la région, et en même temps des incitations ont été accordées aux assurances privées. Les réformes ont aussi développé le report des coûts sur les patients et la gratuité a été limitée à quelques catégories de la population. La participation directe des ménages aux coûts a été ensuite relevée à plusieurs reprises. Récemment, le décret Balduzzi de 2012 a augmenté les remboursements. Il a aussi révisé le panier de base et a inclus quelques nouvelles maladies.

L'assurance privée demeure, en comparaison, peu importante aujourd'hui pour la couverture de la population et surtout pour le financement. Par contre les paiements directs des ménages sont élevés.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

-Vers 2000, la part de la population couverte par une assurance privée est de 15,6% (essentiellement assurance complémentaire).

Financement:

-PDM en 2010: 17,8% des dépenses totales; ASP et autres fonds privés en 2005: 3,1% des ressources totales.

-En 2007 en % des dépenses courantes: PDM: 20,2%, ASP: 0,9%.

Il est difficile d'apprécier les modifications globales intervenues en Italie compte tenu de l'autonomie des régions. Néanmoins la montée des paiements des ménages est un phénomène avéré.

b.7) Espagne: report sur les patients, encouragements des assurances privées

En Espagne le changement de régime politique à la fin des années 1970 a été suivi d'une réorganisation totale du système de santé avec la création d'un SNS en 1986 organisé autour de services régionaux. Ceci a impliqué une modification profonde du financement, les cotisations sociales devant être remplacées par l'impôt, ce qui a été achevé en 1999. Mais les insuffisances des services publics de soins et l'implantation ancienne des services privés ont contribué au maintien de l'importance du secteur privé. Des assurances privées duplicatives, adoptées notamment par les fonctionnaires qui peuvent sortir de l'assurance publique, des assurances privées complémentaires et des mutuelles sont présentes. Elles offrent une liberté de choix et permettent l'accès à certains soins que le système public ne délivre pas.

Le renforcement de l'assurance complémentaire a constitué un des trois objectifs des réformes des années 1990 au-delà du développement de la régionalisation et du renforcement de la concurrence entre producteurs de soins. Les incitations fiscales aux assurances privées qui passaient par les individus jusqu'en 1997 ont été alors transférées aux entreprises, ce qui a contribué à rendre la tarification plus uniforme (Martin, 2011).

Les paiements directs des ménages ont encore été augmentés à plusieurs reprises depuis 1998, notamment en 2010-2012, à la suite de la crise de 2008 et des restrictions budgétaires qui en ont résulté.

Un décret-loi de 2012 met fin à l'universalité, l'accès aux soins étant désormais conditionné à la qualité d'assuré social (Vincent, 2014). La carte sanitaire distingue les services de base et les services complémentaires donnant lieu à des copaiements.

En outre, quelques expériences de PPP ont été lancées pour construire des hôpitaux.

Le rôle de l'assurance privée demeure plutôt faible. Mais les paiements directs des ménages sont forts.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

-Vers 2000, 13% de la population est couverte par une assurance privée (0,6% par une assurance substitutive, 11,4% par une assurance complémentaire).

Financement:

-PDM en 2009: 20,1% des dépenses totales; ASP en 2001: 6,2% des ressources totales.

-En 2007 en % des dépenses courantes: PDM: 21,1%, ASP: 6,1%.

Au total tant les paiements des ménages que les assurances privées ont nettement augmenté.

b.8) Grèce: ancienneté des assurances privées, place majeure des paiements des patients

Ce sont aussi les bouleversements politiques en Grèce qui ont provoqué la transformation du système de santé avec la création en 1983 d'un SNS et d'une assurance obligatoire pour les salariés. Cette dernière est extrêmement fragmentée. Elle devait progressivement inclure une grande partie du

secteur privé dans le secteur public, ce qui n'a été réalisé que partiellement. Les assurances privées sont essentiellement duplicatives.

Dans les années 1990 il a été prévu que les différences de condition (en particulier de cotisations) des nombreuses caisses d'assurance soient réduites. Le tournant politique de 1992 a été accompagné d'un changement d'orientation au profit du secteur privé. Les patients ont été alors autorisés à choisir librement leur caisse. Mais les copaiements ont aussi augmenté. Le gouvernement socialiste de 1994 a renversé les orientations précédentes. Le plan de 1996 a permis aux régimes d'assurance de mettre en place des réseaux de soins. Une meilleure efficacité du système a été aussi recherchée en 2002 par une réduction du nombre de régimes d'assurance.

Les paiements à la charge des ménages ont été aussi relevés plusieurs fois dans les années 1990, notamment en 1998 et surtout en 2010 (Karakioulafis, 2014).

Enfin la privatisation externe résulte également des PPP qui ont été créés pour les nouveaux hôpitaux à partir de 2005.

Les informations concernant l'assurance privée sont partielles. En 2007, le financement par l'ASP serait plutôt limité alors que les paiements directs des ménages seraient importants.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

-Vers 2000, 10% de la population est couverte par une assurance privée, principalement supplémentaire.

-En 2007, population couverte par assurances duplicatives, en %: 8%.

Financement:

-PDM en 2010: 38,4% des dépenses totales; ASP en 2005: n.d.

-En 2007 en % des dépenses courantes: PDM: nd, ASP: 3,2%.

En définitive la Grèce se distingue par le rôle majeur des paiements directs des ménages dans le financement. Leur part serait de 38,4% en 2010, ce qui est bien supérieur à ce qui est observé dans les autres pays.

c- Recours relativement limité à la privatisation externe du financement

Enfin l'Autriche, le Royaume-Uni et la Finlande sont les pays qui ont le moins développé les privatisations externes en matière de financement. Il s'agit de pays dont les systèmes couvrent bien la population, depuis longtemps, tout en reposant sur des principes différents.

c.1) Autriche: hausse limitée des paiements des ménages

En Autriche le système est basé sur l'assurance maladie, constituée de caisses multiples. Les caisses du régime d'assurance obligatoire sont gérées au niveau régional sans possibilité de choix par le patient. Il existe des assurances substitutives facultatives. Certaines grandes entreprises ont leurs

propres fonds d'assurance. Des assurances complémentaires privées et des mutuelles sont aussi présentes. La protection a été étendue aux bas revenus en 2010.

Des incitations fiscales importantes ont été accordées aux assurances complémentaires mais la place de ces dernières est demeurée relativement restreinte, l'une des raisons étant la progression plutôt limitée des soins dans le secteur privé.

La hausse des copaiements a été aussi utilisée pour limiter les dépenses publiques et les versements des ménages ont été récemment augmentés.

Dans les années 2000, la population couverte par l'assurance privée se situe plutôt en-dessous de la moyenne alors que le financement par celle-ci est un peu au-dessus de la moyenne. Les paiements directs des ménages sont plutôt supérieurs à la moyenne.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

-Vers 2000, la part de la population couverte par l'assurance privée est de 31,8% (0,2% par l'assurance substitutive, 18,8% par l'assurance complémentaire).

-En 2007, part de la population couverte par une assurance complémentaire: 33,3% (id. pour l'assurance supplémentaire), et couverte par une assurance substitutive: 0%.

Financement:

-PDM en 2010: 19,4% des dépenses totales; ASP en 2005: 7,9% des ressources totales.

-En 2007 en % des dépenses courantes: PDM: 15,4%, ASP: 4,8%.

Mais, au total, les évolutions de la structure du financement sont restées limitées.

c.2) Royaume-Uni: un certain partage des coûts

Le système de santé du Royaume-Uni repose sur le National Health Service qui couvre largement la population. Mais il manifeste diverses insuffisances et un secteur de soins privé, limité, est aussi présent. C'est la croissance de ce secteur, encouragée par l'Etat à partir de 2001, qui a entraîné celle des assurances privées, essentiellement duplicatives.

Le partage des coûts s'est développé dès les années 1980.

Par ailleurs une partie des frais des congés de maladie est reportée sur les entreprises.

Enfin le Royaume-Uni a été un des premiers pays à mettre en œuvre des PPP pour les hôpitaux avec la Private Finance Initiative (PFI) en 1992²⁷, une tendance qui a progressivement gagné les autres pays européens.

L'assurance privée ne tient qu'une place faible aujourd'hui encore. Les paiements directs des ménages sont dans la moyenne.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

-Vers 2000, 10% de la population est couverte par une assurance privée.

²⁷ Cette mesure soulève de fortes critiques (Hellowell and Pollock, 2009) (Shaoul, Stafford and Stapleton, 2007).

-En 2007, part de la population couverte par une assurance duplicative: 11,1%.
Financement:
 -PDM en 2010: 8,9% des dépenses totales; ASP en 2005: n.d.
 -En 2007 en % des dépenses courantes: PDM: 11,4%, ASP: 1,2%.

Il semble qu'il y ait eu relativement peu de changements en ce qui concerne les ménages. Par contre les PPP constituent une nouveauté en Europe introduite par le Royaume-Uni.

c.3) Finlande: des copaiements encadrés

En Finlande le système repose sur un SNS mais de façon moins extensive qu'au Danemark et en Suède. Une assurance universelle couvre les résidents finlandais pour la partie des soins non prise en charge par le SNS et pour les prestations maladie.

La place relative des dépenses de santé privées était déjà plus large qu'au Danemark et en Suède dans les années 1980, ce qui a limité leurs possibilités d'expansion et le rattrapage du système de santé par rapport aux autres pays nordiques est passé plus largement par les services publics (leur part n'a que peu baissé dans le total des dépenses en Finlande depuis 1980 alors qu'elle diminuait plus fortement dans les deux autres pays). En conséquence les assurances privées n'ont été que modérément tirées par la croissance des soins privés et ont conservé une faible importance.

Le recours aux paiements des ménages a augmenté depuis 1997. Il a été encadré par la fixation d'un maximum des copaiements.

L'assurance privée est peu développée aujourd'hui, mais les paiements directs des ménages sont élevés.

Quelques informations complémentaires

Couverture:

-Vers 2000, la population recourant aux assurances privées est de 10%, principalement pour l'assurance supplémentaire et pour l'assurance des enfants.
 -En 2007, part de la population couverte par une assurance complémentaire: 11,5% (id. pour assurance supplémentaire).

Financement:

-PDM en 2010: 19,1% des dépenses totales; ASP en 2005: 4,5% des ressources totales.
 -En 2007 en % des dépenses courantes: PDM: 18,9%, ASP: 2,2%.

Ainsi la Finlande se distingue nettement des autres pays nordiques par l'importance des paiements des ménages bien qu'ils soient plafonnés.

2) Privatisation interne

Tous les pays n'ont pas mené une politique de privatisation interne en matière de financement. Cette politique vise à développer une forme de gestion des caisses publiques proche de celle du secteur privé supposée plus efficace, en introduisant notamment des mécanismes de concurrence. Cela suppose une structure particulière de l'organisation du financement: il faut qu'elle repose sur des

caisses publiques d'assurance, financées par des cotisations, dont on puisse renforcer l'autonomie et que l'on puisse éventuellement mettre en concurrence.

La séparation des acheteurs et des fournisseurs de soins a été une mesure fréquemment adoptée, renforçant la concurrence d'une part entre les assureurs, d'autre part entre les producteurs de soin.

Par ailleurs, les Directives Européennes sur l'assurance à partir de 1992 ont systématiquement développé la concurrence des assurances de santé privées.

La privatisation interne n'a pas seulement pour but de modifier le comportement des assureurs publics mais tout un pan des mesures vise à induire un "comportement entrepreneurial des patients" (Batifoulier, 2014).

Certains pays ont particulièrement eu recours à de telles privatisations internes. Ils sont examinés ci-dessous. La position relative des pays est indiquée dans le quadrant 3 du Graphique 2.

a- Recours relativement élevé à la privatisation interne du financement: Pays-Bas: encouragements de la concurrence

Les mécanismes de concurrence entre les fonds publics d'assurance et les incitations invitant le patient à faire jouer la concurrence entre les assurances ont été développés aux Pays-Bas principalement des années 1980 jusqu'à la grande réforme de 2006 où un basculement s'est effectué vers le privé, on l'a vu. La mise entre parenthèses des Pays-Bas dans le quadrant 3 du Graphique 2 (relatif à la privatisation interne) correspond à la présence de cette rupture : la politique de privatisation interne est importante auparavant, lorsque les fonds publics d'assurance étaient présents, puis l'extension de la privatisation externe réduit la place de la politique de privatisation interne du fait du rétrécissement de son champ d'application.

b- Recours moyen à la privatisation interne du financement

L'Allemagne et l'Italie ont aussi développé la privatisation interne de leurs caisses d'assurance.

b.1) Allemagne: des incitations à la concurrence variables dans le temps

On a vu que le système allemand, de type assurantiel, comportait de multiples caisses associées aux Länder, professionnelles ou d'entreprise.

Jusqu'au début des années 1990, les réformes ont surtout visé à stabiliser les taux de cotisation sans toucher aux structures du système de santé. Des changements importants ont été adoptés à partir de 1992 (Kahmann, 2014, p.168) (Bode, 2006).

L'unification ayant entraîné une forte hausse des dépenses publiques, plusieurs mesures ont cherché à limiter celles concernant la santé et à améliorer l'efficacité des caisses gérant les ressources. Ainsi le plan Seehofer de 1992 a introduit le libre choix de son assurance par les patients afin de développer la concurrence.

Plusieurs lois ont été adoptées en 1996 et 1997. Le financement des assurances, qui dépendait des revenus, peut désormais être lié au risque ou à l'utilisation des services. L'autonomie des caisses d'assurance est élargie pour les questions d'investissement des hôpitaux (qui dépendaient des Länder) et pour passer des contrats avec les médecins ou les groupes de médecins.

Une certaine re-régulation est imposée par le nouveau gouvernement de 1998 pour contrôler la concurrence. Les caisses ne peuvent plus rembourser le patient au lieu de payer directement les producteurs de soins. Le rôle des caisses est aussi réduit: désormais les budgets globaux des hôpitaux et des médecins sont décidés par les Länder et les caisses n'interviennent plus.

A nouveau l'autonomie des caisses et le principe de concurrence sont réaffirmés dans les années 2000.

Mais le grand nombre de caisses en concurrence conduit à des inégalités fortes. La réforme de 2007 prévoit d'attribuer à l'Etat le soin de fixer les cotisations, la création d'une taxe de l'ensemble des contribuables qui élargirait la base de financement du régime, et la mise en place d'un Fonds de santé devant les redistribuer entre les caisses selon un montant forfaitaire par assuré et qui dépend de ses caractéristiques (Kahmann, 2014). Les caisses doivent équilibrer leur budget en réduisant leurs dépenses ou en augmentant les paiements des patients. Les débats ouverts à propos de ce projet ont retardé son adoption, en 2011 (Lasserre, 2011).

La politique de l'Allemagne a été souvent orientée vers l'encouragement de la concurrence mais de façon variable dans le temps.

b.2) Italie: diversité des modèles régionaux

L'Italie combine à partir de 1978 une assurance obligatoire universelle, censée remplacer les mutuelles et les caisses d'assurance privées existant auparavant, avec un service national de santé. Celui-ci est organisé à l'origine autour des USL (Unitaria Sanitaria Locale).

La réforme Amato-Di Lorenzo de 1992 a développé la décentralisation²⁸. Les USL sont devenues des entreprises de santé locales (ASL) ayant une plus grande autonomie. La place des recettes propres des régions dans le financement a été élargie alors que celle de l'Etat a été réduite. Puis les régimes d'assurance ont dû être établis au niveau de la région et trois modèles régionaux ont été mis en oeuvre à partir de 1995: choix du médecin et paiement par ASL, accords ASL-prestateurs de soins, ou plans annuels de soins²⁹. L'accord Etat-régions de 2001 a abouti à une réforme constitutionnelle sur le partage des compétences et les régions sont devenues responsables de l'équilibre de leur budget. Plusieurs modèles régionaux de financement et de fonctionnement des services de santé sont présents.

²⁸ Voir (Fargion, 2006) pour les évolutions de la décentralisation.

²⁹ Plus précisément: le patient choisit le fournisseur de soins, ce dernier étant obligé d'avoir un accord avec l'ASL, et/ou l'ASL paie les soins; ou l'ASL passe des accords avec certains fournisseurs de soins et les patients sont obligés de voir ces derniers pour que les soins soient gratuits; ou l'ASL établit des plans annuels avec les services de soins qui dépendent de lui et éventuellement avec des fournisseurs de soins privés.

La grande diversité des modèles régionaux rend difficile une appréciation tranchée sur les évolutions. Elle rend probable un caractère modéré des évolutions considérées de façon agrégée au niveau national³⁰.

c- Recours relativement limité à la privatisation interne du financement

La Grèce et la France ont mis en oeuvre de façon limitée une privatisation interne du financement.

c.1) Grèce: des tentatives de réorganisation des assurances de santé pour en réduire l'hétérogénéité plutôt que des incitations à une privatisation interne

En Grèce la réforme de 1983 a créé une assurance obligatoire pour les salariés. Mais celle-ci est très fragmentée. On a vu plus haut que les nombreux échecs des réformes ultérieures avaient plutôt abouti au renforcement de l'assurance privée et à l'instauration en 1992 d'un libre choix de leur régime d'assurance par les patients. L'harmonisation des taux de cotisations des différents régimes de sécurité sociale a fait aussi partie des objectifs. Le Plan de réforme de 1996 a prévu que les caisses d'assurance publiques puissent créer leurs propres réseaux de soins.

La réforme de 2002 prévoit de réduire le nombre des régimes d'assurance. Puis, en 2012, certaines caisses sont regroupées dans un nouvel organisme, l'EOPYY, qui est autorisé en 2014 à acheter des services aux secteurs public et privé.

Plutôt que la privatisation, c'est la réduction de la fragmentation des assurances qui a constitué un objectif de la politique suivie.

c.2) France: adaptation du Code de la mutualité nécessitée par les Directives européennes

La France a été contrainte par les Directives européennes sur l'assurance de modifier le Code de la mutualité en 2001 afin de soumettre les mutuelles à des obligations analogues à celles des autres organisations d'assurance.

Au total le classement des groupes de pays selon la mise en oeuvre d'une privatisation interne est très différent de celui pour la privatisation externe, on y reviendra.

B - La délivrance des soins

L'appréciation de la privatisation, proposée ci-dessous, s'appuie sur l'examen des grandes réformes depuis une trentaine d'années (André, 2015) et sur quelques indicateurs (par exemple la

³⁰ Compte tenu de la difficulté à évaluer précisément la position de l'Italie au niveau national, l'Italie est indiquée entre parenthèses sur la ligne correspondant à un usage modéré de la privatisation interne, quadrant 3 du Graphique 2.

répartition des dépenses publiques et privées et la répartition des lits d'hôpitaux en soins aigus entre les secteurs public et privé).

1) Privatisation externe

En ce qui concerne la privatisation externe, deux groupes de pays peuvent être repérés.

La position relative des pays est indiquée dans le quadrant 2 du Graphique 2.

a- Recours moyen à la privatisation externe de la délivrance des soins

L'Allemagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et les quatre pays du Sud (peut-être dans une moindre mesure l'Italie) sont les pays qui recourent le plus à la privatisation externe en matière de délivrance des soins mais ils le font de façon différente compte tenu des points de départ et du "contexte général" qui entoure les systèmes de santé.

a.1) Allemagne: privatisation accélérée par l'unification; création d'hôpitaux privés et transformation d'hôpitaux publics

Le secteur ambulatoire est principalement privé. C'est dans le domaine hospitalier dominé par le secteur public que le champ de développement de la privatisation externe a été le plus large.

Avant l'unification la recherche d'un ralentissement de la dépense publique constituait déjà un objectif général. Or le choc de l'unification a entraîné une accélération de la hausse des dépenses publiques dans un contexte de chômage et de difficultés financières, ce qui a encore renforcé cet objectif. Le système de santé de la partie Est a aussi été bouleversé.

L'Allemagne se caractérise par un développement relativement soutenu de chaînes de cliniques privées, des rachats d'hôpitaux publics (PIQUE) ou la transformation du statut de certains services hospitaliers. Sans être bouleversée, la structure des lits d'hôpitaux s'est modifiée dans les années 1990: réductions du nombre de lits dans les hôpitaux publics, stabilité de ceux dans les hôpitaux privés à but non lucratif, et augmentation de ceux dans les cliniques à but lucratif. (Busse and Wörz, 2004, p.93) remarquent que: "les changements dans le secteur hospitalier, qui a vu un doublement des lits privés à but lucratif dans les années 1990, ne peuvent pas être considérés comme planifiés et conduits par la politique mais résultent plutôt de l'effet non planifié de la suppression du principe de couverture des coûts qui garantissait que les hôpitaux étaient remboursés à 100% de leurs coûts. Les hôpitaux qui faisaient des déficits étaient en conséquence transformés en unités relevant de la loi privée ou directement vendus à des chaînes privées".

Par ailleurs, des privatisations partielles ont été aussi adoptées: c'est le cas de la gestion de certains hôpitaux publics qui a parfois été confiée à des organisations privées.

Un autre effet de l'unification sur la privatisation externe des services de soins concerne le secteur ambulatoire: il découle du choix d'un exercice privé fait par une majorité de médecins de la partie Est, sur le modèle de l'Ouest.

Enfin, une forme de privatisation externe est liée à l'autorisation de la pratique privée des médecins dans les hôpitaux publics.

En matière de soins aigus, l'Allemagne se caractérise aujourd'hui par l'importance des établissements à but non-lucratif³¹.

Comme pour le financement, l'unification a conduit à des privatisations externes. L'Allemagne se distingue aussi par un plus grand développement des hôpitaux privés (par création, rachat, etc.)³².

a.2) Pays-Bas: développement des organisations privées à but non lucratif

Les médecins du secteur ambulatoire exercent principalement en mode privé, ce qui laisse peu de place pour de nouvelles privatisations dans ce domaine. Les hôpitaux pouvaient être publics ou privés dans les années 1980.

La privatisation n'a pas été considérée comme prioritaire jusqu'aux années 1990. Un certain élargissement du secteur privé est d'abord passé par l'externalisation de services auxiliaires. Puis, au milieu des années 1990, à la suite de nombreux mécontentements exprimés à l'encontre des services publics et dans un contexte où le contrôle des dépenses publiques était recherché, le gouvernement a changé sa politique et a accepté la présence de cliniques privées. Ces cliniques doivent avoir une relation formelle avec les hôpitaux et un statut à but non lucratif. Elles offrent soit des services qui figurent sur la liste de ceux reconnus par l'assurance sociale et peuvent être payés par les assurances publiques et privées et par les patients, soit des services non couverts par l'assurance sociale de santé.

Quelques hôpitaux sont créés sur la base d'un partenariat public-privé.

Les services privés semblent s'être développés plus rapidement que les services publics dans les années 1990. Ceci concerne surtout les établissements à but non lucratif, les organisations à but lucratif étant plutôt rejetées par l'opinion publique.

Enfin la pratique privée est autorisée dans les hôpitaux publics.

Au total, la séparation entre services publics et privés s'est quelque peu brouillée.

Enfin en 2012, en conséquence de la crise contemporaine, un plafonnement de la croissance des dépenses publiques de santé est négocié. Ceci devrait contribuer au prolongement des tendances antérieures.

Les Pays-Bas ont donc permis la croissance des établissements privés à but non-lucratif. Leur part est de 100% vers 2007 dans le domaine des soins aigus (Paris et al., Table 14).

a.3) Royaume-Uni: une privatisation externe pour pallier les insuffisances des services publics

Le NHS, service national de santé du Royaume-Uni, est souvent considéré comme l'exemple emblématique de cette forme de système. La médecine privée est peu développée dans le secteur

³¹ Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 49% dans les hôpitaux publics, 36% dans les établissements à but non-lucratif et 15% dans ceux à but lucratif (Paris, Devaux and Wei, 2010, Table 14).

³² Voir aussi (Schulten, 2006).

primaire et les hôpitaux privés sont marginaux. Mais le NHS a fait l'objet de plusieurs modifications depuis 1980.

Dans les années 1980, sous le gouvernement Thatcher, l'accent a été mis sur la réduction de la place de l'Etat et des dépenses publiques. Les insuffisances du NHS, notamment la longueur des files d'attente, ont aussi été reconnues et le choix a été fait de développer les services de soins privés au travers d'incitations. Ainsi une loi de 1988 a encouragé la pratique privée dans les hôpitaux publics. Le nombre de services privés dans les hôpitaux du NHS a ensuite augmenté.

Mais l'ensemble des mesures précédentes a provoqué une forte dégradation des soins avec un ralentissement limité de la croissance des dépenses. Un nouveau gouvernement travailliste a été élu en 1997 et un Livre Blanc sur la santé mettant en avant une orientation différente a été présenté en 1998. Les nouveaux plans, établis en 1999, ont alors misé à la fois sur une augmentation des dépenses de santé publique et sur une facilité plus grande de développement de services privés qui sont considérés comme un moyen de pallier les insuffisances du secteur public³³. Un Concordat a été établi en 2000 entre le NHS et le secteur privé pour fixer des normes nationales minimales. Une nouvelle initiative, "Waiting, booking and choice", a eu pour objectif d'établir de nouvelles relations entre le NHS et le secteur privé en 2004 dans le but de réduire les listes d'attente. De nouveaux services privés ont alors été créés.

Au total la privatisation a surtout porté sur les soins de long terme et les soins aux personnes âgées et a pris place à partir des années 1990. Le nombre de spécialistes privés en soins dentaires ou en optométrie a aussi augmenté. (Pollock, 2003) souligne que la privatisation aurait plutôt été faite "par défaut" sauf dans le cas du partenariat public-privé PFI mentionné au § II.A.c.2 où le gouvernement aurait manifesté une vraie détermination.

La très grande majorité des lits en soins aigus est aujourd'hui encore publique³⁴.

Ce sont les insuffisances du service public de soins qui ont conduit le Royaume-Uni à permettre le développement de structures privées, mais ceci s'est fait plutôt dans des domaines spécifiques.

a.4) Sud

Tous les pays du Sud ont créé des SNS au tournant des années 1980 et 1990 à la suite de bouleversements politiques mais leur mise en œuvre y a été plus ou moins poussée.

En outre ces pays ont adhéré à l'UE dans les années 1980, mise à part l'Italie qui a fait partie de la Communauté Européenne dès son origine, ce qui les a incités à mettre en œuvre des politiques

³³ Un cas important de privatisation a été celui des soins de longue durée et des services pour les personnes âgées et les catégories aux besoins spécifiques. Mais la croissance des établissements privés de résidence ou de soins ne dura pas à la suite de la loi de 2000 qui renforçait les normes de qualité exigées.

³⁴ Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 96% dans les hôpitaux publics, 4% dans les établissements à but non-lucratif (Paris et al., Table 14).

nouvelles d'amélioration de leurs systèmes de santé qui étaient "en retard". Ce "rattrapage" a été facilité par les aides européennes.

a.4.1) Italie: des différences régionales en matière de privatisation

A la suite du "compromis historique" de 1976, l'Italie a réformé son système de santé en créant un SNS en 1978 dans lequel les régions et les USL, puis les ASL, tiennent une place majeure, on l'a vu. Mais des subventions et des incitations ont été accordées au secteur privé dès les années 1980. Avec la réforme Amato-Di Lorenzo de 1992, le gouvernement a poursuivi une politique active de privatisation externe (outre une politique de décentralisation approfondie): pratique privée dans les hôpitaux publics et remboursement partiel des soins dans le secteur privé en 1992, contrats entre les ASL et les hôpitaux privés. La "double pratique" publique-privée des médecins, libéralisée en 1992, a fait l'objet d'une réglementation en 1999.

Dans le domaine des soins aigus, une très grande partie des lits est publique, les établissements à but non-lucratif tiennent une place notable, et ceux à but lucratif sont très peu nombreux³⁵.

A nouveau, la grande autonomie régionale en Italie débouche sur toute une variété de systèmes de soins. Il est donc particulièrement difficile d'estimer le degré de recours à la privatisation externe en matière de délivrance de soins. L'Italie est classée en "usage moyen" pour la privatisation externe sur le Graphique 2 mais on peut se demander si l'usage n'est pas plutôt "faible" (cette possibilité est indiquée entre parenthèses sur le Graphique 2).

a.4.2) Espagne: soutien apporté au secteur privé pour compenser les insuffisances persistantes du secteur public

La création du service national de santé en Espagne intervenue en 1986, après le changement de régime politique, s'est accompagnée de la mise en place d'un Ministère de la Santé et de l'INSALUD pour l'assurance sociale. Le SNS a été organisé autour de services régionaux. Il était prévu que les services publics pour les soins primaires prendraient la place des services privés existants.

Mais les insuffisances des services publics n'ont pas pu être corrigées rapidement et elles ont entraîné un soutien de l'Etat au secteur privé à partir des années 1990: le système public a pu passer des contrats auprès des fournisseurs de soins privés, les médecins ont pu exercer une "double pratique" publique et privée, et des conventions ont été conclues directement entre les Communautés autonomes et des établissements privés.

³⁵ Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 81,5% dans les hôpitaux publics, 16,7% dans les établissements à but non-lucratif, 1,8% dans ceux à but lucratif (Paris et al., Table 14).

La crise de 2008 aggravant les difficultés, un accord est conclu en 2010 et un objectif est fixé en 2011 pour le contrôle des dépenses publiques, la réduction des coûts, et un plafond de dépenses dans les régions.

Cependant un projet de privatisation d'un hôpital à Madrid en 2012 sera abandonné.

Près des trois-quarts des lits en soins aigus sont publics (un peu moins qu'en Italie), ceux des établissements à but non-lucratif sont notables (part proche de celle de l'Italie), et la place des établissements à but lucratif est limitée (mais supérieure à celle de l'Italie)³⁶.

L'Etat a principalement soutenu les services privés pour pallier les insuffisances du système public.

a.4.3) Portugal: quelques encouragements au secteur privé

Au Portugal également, ce sont les bouleversements politiques qui ont entraîné la transformation du système de santé en 1979 avec la création d'un SNS³⁷. Mais sa mise en oeuvre n'a été que partielle. Aussi, à partir de 1989, dans le cadre du plan général de privatisation de l'économie, des soutiens ont été apportés aux hôpitaux caritatifs. Compte tenu de ses insuffisances, le SNS a été autorisé, dès 1990, à développer des contrats avec les organisations privées (tant à but non-lucratif qu'à but lucratif) et les médecins ont pu exercer un "travail double" (pratique privée en hôpital public). L'externalisation de certains services des hôpitaux publics a été permise en 1993. Par ailleurs bien que le taux de remboursement des soins ait été plus faible dans le secteur privé, une partie de la demande de soins lui a été transférée. Les prescriptions de médecins du secteur privé ont été remboursées à partir de 1995.

Une partie des réformes de 1993 a été rejetée par le nouveau gouvernement socialiste de 1995. Une réglementation des cliniques privées et des dentistes privés a été établie en 2001 et une Agence de régulation de la santé a été créée en 2003 pour garantir la concurrence entre producteurs de soins.

Les difficultés financières entraînées par la crise de 2008, qui sont à l'origine du Memorandum de 2011, ont également suscité l'encouragement du secteur privé.

En matière de soins aigus la place du public est très large, celle des établissements à but non-lucratif est faible en comparaison internationale et celle des établissements à but lucratif est supérieure à cette dernière, ce qui constitue une particularité que l'on ne trouve qu'au Portugal et en Grèce ainsi qu'en Irlande³⁸.

³⁶ Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 74,2% dans les hôpitaux publics, 17% dans les établissements à but non-lucratif, 8,8% dans ceux à but lucratif (Paris et al., Table 14).

³⁷ Les hôpitaux caritatifs constituaient une très large partie du secteur privé jusque là.

³⁸ Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 85,7% dans les hôpitaux publics, 6,6% dans les établissements à but non-lucratif, 7,7% dans ceux à but lucratif (Paris et al., Table 14).

Le secteur privé (notamment les hôpitaux caritatifs) est développé depuis longtemps. Les difficultés pour renforcer le nouveau système de santé ont conduit le gouvernement à donner de nouveaux encouragements pour maintenir le secteur privé.

a.4.4) Grèce: grand rôle, traditionnel, du secteur privé

Le basculement du régime politique est, ici aussi, à l'origine de la modification radicale du système de santé avec la création d'un SNS en 1983. Mais ce dernier n'a jamais reçu une application complète bien que la création de nouvelles organisations privées ait été interdite de 1983 à 1992. Les graves retards du système public ont en effet conduit le gouvernement à inverser les priorités en 1992: une nouvelle réforme a mis alors l'accent sur le développement du secteur privé, l'interdiction de créer des structures de soins privées a donc été levée et il n'a plus été question d'intégrer les cliniques privées dans le secteur public comme cela était envisagé en 1983. Puis le nouveau gouvernement socialiste de 1994 a retiré une partie de la réforme de 1992 et un nouveau plan a été proposé en 1996.

En 2010 une certaine déréglementation des services privés a été adoptée, diverses contraintes étant supprimées, mais les remboursements accordés ont baissé.

En même temps, avec le premier Memorandum imposé par la "troïka", l'objectif a été de réduire les dépenses publiques plutôt que d'engager des réformes structurelles.

Le secteur privé, principalement à but non lucratif, tient donc toujours un rôle essentiel³⁹.

Pour les soins aigus la place du secteur public est relativement limitée compte tenu du caractère de service national public que l'Etat a cherché à donner au système de santé en 1983. Les établissements à but non-lucratif sont peu nombreux. Mais la place des établissements à but lucratif, supérieure au quart du total, est la plus importante des pays étudiés⁴⁰.

En Grèce, les hésitations constantes de l'Etat à mener une politique de façon suivie dans la même direction ne permettent pas de dégager une tendance nette.

b- Recours relativement limité à la privatisation externe de la délivrance des soins

Les autres pays continentaux (Belgique, France, Autriche), l'Irlande et les trois pays nordiques ont développé les privatisations externes dans une moindre mesure.

b.1) Belgique: un secteur privé dominant depuis longtemps

En Belgique, le secteur ambulatoire est privé et les hôpitaux sont publics et surtout privés à but non lucratif. Ceci laisse peu de place pour une croissance importante du secteur privé. Aussi, relativement peu de mesures nouvelles ont été adoptées en matière de privatisation externe des soins.

³⁹ Voir (Karakioulafis, 2014).

⁴⁰ Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 69% dans les hôpitaux publics, 3% dans les établissements à but non-lucratif, 28% dans ceux à but lucratif (Paris et al., Table 14).

Quelques fusions entre hôpitaux publics et privés ont pris place qui ont donné naissance à des organisations privées.

Dans le domaine des soins aigus, la part du secteur public est la plus faible du groupe des pays considérés si l'on exclut les Pays-Bas où le secteur public est absent. Les établissements à but non-lucratif correspondent aux deux tiers de ce domaine, ceux à but lucratif n'étant pas présents⁴¹.

Peu de changements sont donc intervenus en matière de privatisation externe, la majorité des hôpitaux étant privés à but non-lucratif depuis longtemps.

b.2) France: des changements relativement limités

Le secteur ambulatoire est privé et les hôpitaux sont publics, privés à but lucratif et à but non lucratif en France.

Quelques mesures ont été adoptées dans les années 1990 notamment pour contrôler les dépenses totales de santé⁴². Des limites ont été imposées sur la hausse des tarifs pour les cliniques privées dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN) au début des années 1990. Mais la tentative de contrôle du volume des soins s'est soldée par un échec (les cliniques privées se spécialisent alors dans les soins les plus rentables). Au total la répartition des lits entre les secteurs public et privé est restée plutôt stable dans les années 1990.

L'élargissement du rôle des hôpitaux privés a été aussi recherché avec le transfert des "missions de service public" (loi HPST, 2009) puis avec le projet de 2014 sur le "service public hospitalier territorial", mais sous conditions d'un rapprochement avec certaines contraintes d'activité des hôpitaux publics.

La pratique privée en hôpital public a été aussi autorisée.

Pour les soins aigus la part du secteur public correspond aux deux tiers des lits, celle des établissements à but non-lucratif est limitée mais celle des établissements à but lucratif atteint un quart du total, ce qui est important en comparaison internationale⁴³.

Les changements semblent au total correspondre à un "usage limité" de la privatisation externe en comparaison aux autres pays mais on peut hésiter avec un classement en "usage moyen" (indiqué entre parenthèses sur le Graphique 2) compte tenu de l'inflexion des réformes récentes.

b.3) Autriche: peu de modifications

⁴¹ Environ 60% des hôpitaux étaient privés à but non lucratif au début des années 1990.

Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 34% dans les hôpitaux publics, 66% dans les établissements à but non-lucratif, 0% dans ceux à but lucratif (Paris et al., Table 14).

⁴² La France a un système assurantiel. Les soins dans le secteur privé sont remboursés sur la base des tarifs de la sécurité sociale.

⁴³ Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 66% dans les hôpitaux publics, 9% dans les établissements à but non-lucratif, 25% dans ceux à but lucratif (Paris et al., Table 14).

Dans le système autrichien, la pratique est largement libérale dans les secteurs de soins primaires et secondaires. Des contrats sont passés entre les caisses d'assurance maladie et le personnel médical. Les hôpitaux sont sous la responsabilité des autorités fédérales, des Länder, des municipalités, des caisses d'assurance, et d'organisations religieuses.

Des cliniques privées sont aussi présentes.

Les changements en matière de privatisation externe des soins sont relativement modérés.

Une privatisation de la gestion des hôpitaux publics a été progressivement introduite depuis 2002. Les tâches d'organisation ont été partiellement privatisées pour les soins aigus.

Un nouvel objectif a été mis en avant en 2005, celui d'une meilleure coordination entre les services publics et privés.

Les lits en soins aigus sont importants dans le secteur public, relativement nombreux dans le secteur à but non-lucratif et plutôt limités (bien que non négligeables) dans les établissements à but lucratif⁴⁴.

Au total relativement peu de modifications ont pris place en comparaison aux autres pays.

b.4) Irlande: une longue période de forte croissance économique favorable au secteur public

L'Irlande combine un service national de santé, partiel, avec un mécanisme assurantiel pour certains groupes. Le secteur primaire est privé. Le secteur hospitalier est soit public mais avec pratique privée possible des médecins et également présence de lits privés, soit privé à but lucratif et non lucratif. Les changements ont été limités. La période de croissance soutenue 1995-2007 a facilité la progression du secteur public.

Il a été décidé en 2002 qu'en cas de délais d'attente longs, le patient pourrait aller dans le secteur privé en Grande-Bretagne pour y recevoir des soins qui lui seraient dorénavant remboursés.

La part du secteur public pour les lits en soins aigus est très forte, le complément étant apporté par les établissements à but lucratif. Le secteur privé à but non-lucratif est absent⁴⁵.

La forte croissance de l'économie du milieu des années 1990 au milieu des années 2000 a donc permis au pays de donner la priorité au système public de soins pendant cette période. Ceci conduit à classer l'Irlande en "usage faible" de la privatisation externe mais, comme l'ensemble de la période 1980-2012 n'est pas homogène du point de vue de la croissance économique et de la politique suivie en matière de soins, on peut hésiter avec un classement "usage moyen" (indiqué par des parenthèses sur le Graphique 2).

⁴⁴ Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 72,5% dans les hôpitaux publics, 18,8% dans les établissements à but non-lucratif, 8,7% dans ceux à but lucratif (Paris et al., Table 14).

⁴⁵ Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 88% dans les hôpitaux publics, 12% dans ceux à but lucratif (Paris et al., Table 14).

b.5) Danemark: expériences locales de privatisation et, dans les années 2000, des paiements publics pour les hôpitaux privés

Le système de santé au Danemark est formé d'un service national de santé pour les hôpitaux et d'une médecine ambulatoire essentiellement privée⁴⁶. Les régions ont un rôle majeur dans la gestion et la planification des services de santé et des hôpitaux et les autorités locales sont responsables de certains soins. Les généralistes ont un rôle clef dans le système. Les comtés sont responsables du financement et du contrôle des producteurs de soins privés qui ont un accord pour travailler avec le SNS.

Les critiques de la longueur des files d'attente et du manque de choix dans le secteur public se sont multipliées dans les années 1980. De petites expériences de privatisation ont été tentées essentiellement par les autorités locales en 1983-84 mais la majorité de la population s'y est opposée. Une certaine externalisation des activités non médicales a cependant pris place dans les années 1990. De nouvelles tentatives de privatisations des hôpitaux ont été faites mais elles se sont terminées par un échec, un seul hôpital privé à but lucratif continuant à fonctionner.

L'année 1993 a constitué un tournant qui est associé au nouveau gouvernement social-démocrate. L'attention a été alors portée sur les files d'attente du secteur public et le choix des patients a été élargi.

L'attachement au secteur public a été réaffirmé en 1997.

Depuis 2002 les hôpitaux privés peuvent recevoir des paiements publics pour des maladies ne menaçant pas la vie, que ce soit des hôpitaux privés danois ou des hôpitaux d'autres pays ayant passé un accord avec les comtés danois.

Les lits en soins aigus se trouvent, pour une part largement dominante, dans le secteur public. Aussi la part des établissements à but non-lucratif est très faible, celle des établissements à but lucratif étant négligeable⁴⁷.

L'autonomie des régions a débouché sur toute une variété de politiques, notamment en matière de privatisation. Mais les insuffisances du système public ont conduit à attribuer des paiements publics pour les hôpitaux privés au cours des années 2000.

b.6) Suède: rôle des comtés dans les privatisations

Un système national de santé est présent en Suède. L'administration centrale fait le choix des objectifs fondamentaux et s'occupe de l'efficacité du système. Les comtés, les districts et les municipalités s'occupent de la gestion. La décentralisation s'accroît dans les années 1980.

La distinction entre ce qui est public et ce qui est privé est particulièrement complexe en Suède, ces deux secteurs n'étant pas complètement indépendants l'un de l'autre : le caractère public ou

⁴⁶ Pour une présentation des réformes dans les pays nordiques, voir (Magnussen, Vrangbaek and Saltman, 2009).

⁴⁷ Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 96,7% dans les hôpitaux publics, 2,5% dans les établissements à but non-lucratif, 0,8% dans ceux à but lucratif (Paris et al., Table 14).

privé de la propriété d'une part et le caractère public ou privé des règles de gestion et d'emploi d'autre part ne coïncident pas toujours.

Des expériences limitées de privatisation ont eu lieu dans les années 1990 (Øvretveit, 2004). La plus connue est celle de Stockholm où, en 1999, l'hôpital Saint Goran a été vendu à la chaîne de cliniques privées Capio (Mordelet, 2006, p.283). La privatisation des hôpitaux a été interrompue par la loi en 2000 puis elle a été rétablie en 2007.

De façon générale les autorités locales ont eu un rôle très important dans ces expériences de privatisation. Certains comtés ont même conclu des contrats avec des cliniques privées tant à but non lucratif qu'à but lucratif pour des opérations et des services cliniques et de diagnostics (Jolivet, 2014). Les comtés ont été autorisés à passer des contrats avec les services d'urgence privés à partir de 2007.

Du côté du secteur ambulatoire une réforme a incité en 1994 les médecins de famille à adopter un statut privé à la place de celui de salarié dans des centres de santé. La réforme a été annulée en 1995 par le nouveau gouvernement social-démocrate. Puis en 2001 une campagne a été développée pour encourager une pratique privée des médecins. La privatisation a été aussi réintroduite dans les soins primaires en 2007-2010.

La pratique privée des médecins est autorisée dans les hôpitaux publics.

La place du secteur public est dominante pour les soins aigus mais plus faible qu'au Danemark. D'autres différences avec ce pays tiennent à la place un peu plus large du secteur à but non-lucratif et à celle beaucoup plus grande du secteur à but lucratif (même si elle apparaît encore limitée parmi l'ensemble des pays pris en compte)⁴⁸.

En résumé, la plus grande décentralisation en matière de santé a abouti à un rôle différencié des conseils de comtés en matière de privatisation. S'il semble qu'au niveau national on puisse plutôt classer la Suède en "usage faible" de la privatisation externe, on peut se demander si, compte tenu des variations régionales qu'on ne peut pas apprécier précisément, le recours à la privatisation externe n'est pas plutôt "moyen" (indiqué par des parenthèses sur le Graphique 2).

b.7) Finlande: des associations entre secteurs public et privé

Il y a aussi en Finlande un service national de santé dans lequel les autorités locales (ici essentiellement les municipalités) exercent de grandes responsabilités. Les municipalités gèrent les services de base et sont associées aux districts hospitaliers.

Diverses incitations ont été accordées au secteur privé tant dans les années 1990 que 2000, le gouvernement ayant encouragé le secteur privé pour pallier les insuffisances du secteur public.

Les associations entre les secteurs public et privé ont été particulièrement encouragées dans les années 1990. Il a été admis que les services privés pourraient "louer" des médecins aux services

⁴⁸ Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 82,7% dans les hôpitaux publics, 4,8% dans les établissements à but non-lucratif, 12,5% dans ceux à but lucratif (Paris et al., Table 14).

publics et que les médecins du secteur public pourraient avoir une pratique privée au-delà de leur pratique publique à la fin des années 1990.

Pour les soins aigus, la place des établissements publics est large (entre celles du Danemark et de la Suède), il n'y a pas d'établissements à but non-lucratif et la part du secteur à but lucratif est voisine de celle de la Suède⁴⁹.

Au total les autorités publiques ont plutôt encouragé le développement de liens entre les secteurs public et privé que des privatisations externes.

2) Privatisation interne de la délivrance des soins

La privatisation interne correspond aux mesures visant les patients et les professionnels du secteur public de la santé pour modifier leur comportement. Il s'agit d'une part d'induire "l'apprentissage d'un comportement entrepreneurial des patients" (Batifoulier, 2014) et d'autre part de mettre en œuvre une nouvelle forme de gestion des services publics inspirée par celle des organisations privées (autonomie de gestion, contrainte d'équilibre financier et concurrence). Le champ potentiel de la privatisation interne en matière de soins est particulièrement large quand les services de soins publics sont importants (notamment en présence d'un SNS). On peut distinguer trois groupes de pays selon l'importance de ce type de privatisation. Divers instruments sont utilisés dans ce but.

Comme la politique de décentralisation constitue un autre pan majeur des réformes contemporaines qui a des conséquences sur les formes de privatisation développées, les principales mesures dans ce domaine sont brièvement rappelées pour chaque pays. Enfin, toute une série d'autres mesures que la privatisation et la décentralisation qui portent par exemple sur l'évaluation de l'activité médicale et hospitalière sont aussi mentionnées à chaque fois car elles peuvent être considérées comme participant de façon indirecte à la privatisation interne même si elles ont aussi une forte dimension de recherche d'amélioration des soins pour les patients.

La position relative des pays est retracée dans le quadrant 4 du Graphique 2.

a- Recours relativement élevé à la privatisation interne de la délivrance des soins: Royaume-Uni: un rôle pionnier en Europe pour la "nouvelle gestion publique"

Le Royaume-Uni a tenu un rôle pionnier en Europe dans l'introduction de la nouvelle gestion publique dans les hôpitaux publics et dans les réseaux du secteur ambulatoire⁵⁰. Ces méthodes ont été directement inspirées par celles des Etats-Unis. Le gouvernement Thatcher a ainsi substitué le contrat à la hiérarchie dans les relations avec les services publics et la concurrence est devenue un des

⁴⁹ Dans le secteur hospitalier, la répartition des lits hospitaliers en soins aigus est la suivante vers 2007: 89% dans les hôpitaux publics, 0% dans les établissements à but non-lucratif, 11% dans ceux à but lucratif (Paris et al., Table 14).

⁵⁰ Voir notamment (Allen, 2013), (Boyle, 2005), (Ietto-Gillies, 2008), (Lefresne, 2014), (Propper, Burgess and Green, 2002).

instruments utilisés pour modifier la gestion du NHS. Le NHS and Community Care Act de 1990 a eu pour principal objectif le développement de la concurrence et l'introduction d'un "marché interne" dans le système de santé. Les acheteurs et les fournisseurs de soins ont été séparés en 1989-1991. Les acheteurs de soins ont été autorisés à choisir entre les hôpitaux, soumettant ceux-ci à la concurrence.

Mais les effets attendus des marchés internes mis en œuvre ont été limités et l'ensemble des mesures adoptées a conduit à une forte dégradation des soins avec peu d'économies à la clef. Le gouvernement travailliste de 1997 a alors établi de nouveaux plans à partir de 1999 pour réduire les listes d'attente, améliorer la qualité des soins, et élargir la délivrance des soins et les possibilités de choix. Les responsabilités des services de soins ont été transférées aux quatre nations en 1999, et une distinction fonctionnelle a été établie entre les autorités régionales de santé et les districts. La reconnaissance des insuffisances de capacité du NHS et de la longueur des délais d'attente a conduit le gouvernement Blair à rechercher une augmentation des capacités hospitalières en 2000. Sa politique a été orientée en 2001 vers l'amélioration de l'accès aux soins et l'augmentation des dépenses publiques tout en facilitant les services privés. Le choix de l'hôpital par le patient a été admis en 2002. Puis l'accent a été porté en 2003 sur l'autonomie des hôpitaux publics, allant jusqu'à leur transformation en Trusts. Ces Trusts ont été encouragés à se concurrencer, les acheteurs pour le compte du NHS et les acheteurs privés pouvant choisir ceux avec lesquels ils passent des contrats.

De nouveaux modes de financement, les paiements à la performance, ont été aussi introduits.

Du côté du secteur primaire, des réseaux de soins et des General Medical Practitioners Fundholders ont été créés permettant aux généralistes de tenir un budget pour acheter des services pour leurs patients. Ils ont été abolis en 1999 et remplacés par les Primary Care Trusts (PCT) en 2000. Les PCT regroupent médecins, infirmières, des représentants des services sociaux, des patients. Ils reçoivent une enveloppe financière pour passer des contrats avec les hôpitaux. Ils sont chargés de l'organisation des soins et de la gestion de leurs services. Le contrat entre les médecins du secteur ambulatoire et les organisations locales du NHS a été modifié en 2003 pour améliorer les services et permettre une meilleure rémunération. Des primes ont été accordées à partir de 2004 pour remplir des objectifs spécifiques. En 2008 il a été décidé que chaque PCT devait ouvrir un centre de soins délivrant des soins primaires et secondaires. Les PCT ont été transformés en "Clinical Commissioning Groups" en 2013⁵¹.

L'appréciation des services de santé s'est également développée avec: l'évaluation des performances du NHS à partir de 1996-1998, la création du National Institute for Clinical Excellence (NICE) en 1999 (requalifié en 2005 en National Institute for Health and Clinical Excellence, puis en

⁵¹ La réforme de l'organisation du NHS en 2013 a mis en place un nouveau NHS Commissioning Board indépendant du Ministère de la Santé et doté d'un budget. Il répartit ce budget entre les nouveaux Clinical Commissioning Groups, regroupant essentiellement des généralistes au niveau local. Par ailleurs le rôle des autorités locales est renforcé en matière de planification et d'organisation des soins. Le choix des patients est élargi. Tous les Trusts existants du NHS doivent se transformer en 2014 en Foundation Trusts. Un débat est ouvert sur l'intérêt de renforcer ou pas la concurrence.

2013 en National Institute for Health and Care Excellence), et la réaffirmation par le gouvernement Blair au début des années 2000 de l'objectif d'évaluation de la qualité.

Par ailleurs les attributions des nations, des autorités régionales et des districts ont été aussi modifiées à plusieurs reprises. La loi sur la décentralisation de 1999 a placé un NHS sous la responsabilité de chacune des quatre nations, des Autorités stratégiques de santé ont remplacé les Autorités sanitaires des districts, l'évaluation des besoins a été confiée en 2007 aux autorités de santé et aux autorités locales, et la réforme de 2013 a renforcé le rôle des autorités locales pour la planification et l'organisation des soins.

Le Royaume-Uni a ainsi été le premier pays en Europe à développer les nouvelles méthodes de gestion publique.

b- Recours moyen à la privatisation interne de la délivrance des soins

Une bonne partie des pays continentaux (France, Allemagne, Autriche), l'Irlande, les trois pays nordiques et les deux pays du Sud les plus avancés pour les systèmes de santé constituent un groupe intermédiaire du point de vue des privatisations internes.

b.1) France: modernisation du système et privatisation interne

En France, un premier type de mesures pour accroître les responsabilités des hôpitaux a été la mise en œuvre du budget global. Ceci a été renforcé en 1984 et le principe d'une enveloppe globale a été étendu au secteur ambulatoire en 1985. Des départements hospitaliers ont aussi été créés en 1985. Un nouveau mode de financement fondé sur la définition de références médicales opposables (RMO) a ensuite été introduit en 1993.

Puis une grande réforme a été adoptée en 1996. En particulier, une plus large autonomie a été donnée aux hôpitaux. Les hôpitaux publics et les hôpitaux privés associés aux services publics sont désormais financés par des crédits globaux établis et votés par le Parlement à l'intérieur d'un objectif annuel de dépenses (ONDAM). Ils doivent recevoir un budget global tenant compte de leur budget passé, des coûts relatifs par groupes homogènes de malades (GHM), et des objectifs de la planification stratégique régionale. Au total les nouveaux objectifs de 1996 ont davantage porté sur le développement de certains modes d'organisation que sur les incitations à la concurrence.

L'évaluation du système de santé a été progressivement développée: évaluation des technologies de santé en 1987, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et évaluation des thérapies en 1996, Haute Autorité de Santé en 2004.

Les modalités de paiement ont été modifiées dans les années 2000. La tarification à l'activité (T2A) a été introduite à partir de 2004.

Des incitations à la bonne pratique, avec les CAPI, ont été créées pour les médecins en 2009.

La recherche d'un contrôle sur le parcours de soins (médecin référent en 1996, médecin traitant en 2005, parcours de soins coordonné en 2004) constitue un pan des interventions publiques

visant une meilleure organisation. D'autres mesures visent cet objectif avec la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) de 1999 ou la recherche d'un report des soins sur le secteur ambulatoire.

L'atteinte de ces objectifs a été également recherchée au travers d'une plus grande décentralisation (Agences régionales de l'hospitalisation et planification régionale au milieu des années 1980, Agences régionales de santé avec la loi HPST de 1999).

Globalement, le gouvernement a souvent recherché la modernisation du système (Bellanger, 2004) et une plus grande régionalisation de certaines responsabilités, l'introduction de mécanismes de marché revêtant un caractère plus récent, mais l'Etat conserve encore une politique assez interventionniste (Domin, 2014).

b.2) Allemagne: privatisation interne et une certaine réorganisation du système

En Allemagne les Lander ont un rôle majeur en matière de services de santé.

La modification de la gestion des hôpitaux a été relativement précoce. Le principe du budget global des hôpitaux a été introduit en 1977. Les coûts de l'unification ont ensuite renforcé la pression financière exercée sur les services de soins.

La première réforme Seehofer de 1992 a généralisé les budgets globaux: trois enveloppes ont été mises en place pour les hôpitaux, les prescriptions médicales et les médecins. La réforme de 1995-1996 a ensuite proposé d'appliquer un système de GHM aux hôpitaux⁵².

Les pouvoirs des Lander dans les hôpitaux ont été alors élargis, en 1998.

L'évaluation des services de soins a été renforcée: Comité fédéral pour l'efficacité en 1997, évaluation des technologies de santé en 1998.

Le nouveau gouvernement de 1998 a modifié l'orientation de certaines des mesures précédentes: les budgets globaux des hôpitaux et des médecins sont désormais décidés par les Länder et non plus par les caisses d'assurance, on l'a vu. Une certaine re-régulation a eu pour but de contrôler la concurrence. Plusieurs changements ont ensuite été proposés. C'est le cas en 1999 du projet de fusion des enveloppes globales. Les débats se sont poursuivis principalement sur les questions de financement. Un accord entre les deux principaux partis politiques en 2003 a établi un nouveau plan associé à l'Agenda 2010, l'un des objectifs étant de faire baisser le taux de cotisation. Ce plan a prévu l'introduction d'un système de GHM pour les hôpitaux en 2003-2004, la concentration des hôpitaux publics, le renforcement de la concurrence entre fournisseurs de soins. A nouveau l'accent a été mis sur le contrôle de la qualité et de l'efficacité des soins en 2003-2007.

Du côté des soins primaires une réorganisation a été recherchée en 2003 avec des incitations accordées aux réseaux de soins et la constitution de centres de traitement multidisciplinaires. La place

⁵² Voir (Schreyögg, Tiemann and Busse, 2005).

De plus, parmi les acteurs décidant des choix des budgets hospitaliers, figurent désormais les caisses d'assurance.

du médecin référent a été élargie. Il est prévu en 2007 que la rémunération globale des médecins soit remplacée par un paiement forfaitaire à l'acte.

Au total, au côté de la privatisation interne, les politiques ont aussi mis sur l'accent sur un plus grand rôle des Länder et une certaine réorganisation des services de soins⁵³.

b.3) Autriche: recherche d'une meilleure organisation du système, privatisation interne limitée

En Autriche aussi le rôle des Länder est important. Il introduit des différences régionales notables dont la correction guidera certaines interventions publiques.

Le financement des hôpitaux est soumis à des contrats de long terme entre l'Etat et les Länder depuis 1978. Depuis 1989 les régimes d'assurance maladie peuvent aussi passer des contrats avec les hôpitaux.

La prise en compte des inégalités régionales a conduit à l'adoption d'un plan améliorant la distribution régionale en 1994.

Une forme originale de "budget global avec valorisation" a été introduite en 1997 dans les hôpitaux. C'est un mode de paiement à la performance qui combine une composante par GHM et un système prenant en compte les caractéristiques de l'hôpital.

Les contrats décentralisés avec les producteurs de soins se développent au début des années 2000.

A partir de 2002 la gestion des hôpitaux a été parfois privatisée.

Une nouvelle organisation hospitalière a été introduite en 2005. Une meilleure coordination des soins est recherchée. En même temps, il est prévu que des accords soient passés entre les autorités centrales et les régions et qu'une plus grande planification soit entreprise pour améliorer la répartition territoriale des services.

L'évaluation est développée à partir de 1990. Les programmes sur la qualité sont étendus en 2010.

Pour les soins ambulatoires des accords déterminant les tarifs sont passés avec les caisses d'assurance au niveau des Länder. Certains accords portent aussi sur la limitation du volume des soins. Des incitations sont accordées à partir de 2010 pour les pratiques de groupes multidisciplinaires. Une plus grande flexibilité des formes d'organisation est acceptée depuis 2011-2012.

C'est donc principalement une meilleure organisation du système de santé qui a été recherchée, notamment pour réduire les inégalités géographiques, quelques modifications étant apportées en outre au mode de paiement des hôpitaux.

⁵³ Dès 1992 la loi Seehofer a cherché à accroître la planification et la coordination des soins. La grande réforme de 2003-2007 vise plusieurs objectifs liés à une meilleure organisation des soins (voir aussi les différents paragraphes traitant de l'Allemagne dans cet article).

b.4) Irlande: recherche d'une plus grande intégration des soins, quelques modifications dans la gestion

En Irlande l'administration centrale fixe les principales orientations et les régions gèrent les services de santé.

L'accent a été mis sur le développement du système de santé au cours de la période étudiée. Un budget global a été établi dans les années 1990 pour les hôpitaux, leurs responsabilités étant élargies dans le même temps. Un budget global spécifique a aussi concerné les prescriptions après la réforme de 1992.

Le plan stratégique de 1994 a développé la concurrence entre les réseaux médicaux (parallèlement à la réglementation permettant la concurrence entre assureurs (1994 puis 2001)).

Les principales modifications des années 2000, associées entre autres à la Stratégie de santé de 2001, concernent l'introduction des GHM, le projet de service ambulatoire intégré et le développement des équipes pour les soins primaires.

Des mesures développant l'évaluation de la qualité ont accompagné la recherche de l'amélioration des services. Des normes de qualité ont été adoptées à la fin des années quatre-vingt-dix. Les questions de qualité et d'équité ont donné lieu à de nouvelles mesures notamment en 2001, 2003 et 2007.

Enfin une certaine concentration des autorités sanitaires est intervenue récemment: les Health Boards ont été remplacés par un seul organisme national, l'un des buts étant d'améliorer l'accès aux services de soins dans tout le territoire.

Le "retard" accusé par le système de santé irlandais dans les années 1980 a conduit le gouvernement à mettre l'accent sur l'amélioration de ce système, ce qui a été facilité par une période économique favorable d'une douzaine d'années. Ceci est notamment passé par une plus grande intégration des services de soins.

b.5) Danemark: rôle des régions, nouveaux modes de gestion des hôpitaux et du secteur ambulatoire

Au Danemark les régions ont un grand rôle pour la gestion et la planification des services de santé (financement et contrôle des professionnels ayant une activité libérale) et des hôpitaux (hôpitaux possédés par les comtés et financés par les comtés et par l'Etat)⁵⁴.

Le budget global a été introduit dans les hôpitaux en 1982. De nouvelles mesures ont été adoptées en 1993 par un gouvernement social-démocrate. La liberté de choix de l'hôpital par le patient a été alors admise. Pour pallier la longueur des files d'attente il a été reconnu que tout patient avait droit aux soins non seulement dans l'hôpital de son comté mais dans tout hôpital public du pays. Puis

⁵⁴ Voir aussi (Krasnik, 2004).

la possibilité de choisir un hôpital à l'étranger si les délais d'attente étaient trop longs a été accordée en 2002. Une nouvelle garantie de délais a été fixée en 2007.

La gouvernance des hôpitaux a été aussi modifiée. Des expériences de remplacement du contrôle politique direct des hôpitaux par un Bureau des Directeurs ont été menées. Des contrats entre comtés et hôpitaux ont été passés dans les années 1990 et certains comtés ont introduit les GHM dans les hôpitaux. L'équivalent des GHM a été également développé dans les années 1990 et en 2002 dans le secteur ambulatoire par certains comtés. Le financement des hôpitaux a été également transformé. Puis une classification des GHM et un financement à l'activité ont été introduits en 1999 et 2000. Le financement à l'activité GHM a été généralisé en 2003, l'hôpital a été doté d'une plus grande autonomie et une plus grande concurrence a été associée à la séparation acheteurs-producteurs de soins. Mais des fusions entre établissements ont eu lieu récemment.

A partir de 2007 les hôpitaux ont fait l'objet d'une restructuration et d'une modernisation. Des centres ont été regroupés dans le secteur ambulatoire. Une planification nationale des spécialités pour les hôpitaux a été décidée en 2010-2011.

L'évaluation des soins a pris place principalement à partir de 1997 (évaluation des technologies de santé), puis en 2009-2011 (accréditation nationale pour la qualité).

Par ailleurs, en 2003, un projet a prévu de séparer les acheteurs et les producteurs de soins, mettant ces derniers en concurrence.

Plusieurs modifications ont ainsi été apportées aux modes de gestion des hôpitaux et du secteur ambulatoire.

Les responsabilités confiées aux comtés aboutissant à des variations dans le degré de privatisation interne sur le territoire danois, une certaine recentralisation intervient à partir de 2005. Il est décidé en 2007 que la loi doit être uniforme pour tous les comtés et une certaine concentration est mise en place par réduction du nombre des comtés et des municipalités.

b.6) Suède: des différences entre comtés, une certaine réorganisation du système

En Suède, l'administration centrale choisit les objectifs fondamentaux. Les comtés et les districts assurent la gestion. Le rôle des comtés a été renforcé notamment en 1982 puis à la suite de la réforme Dagmar en 1985⁵⁵ et avec la réforme de 1998. L'organisation des services de soins et des services ambulatoires a été transférée aux comtés. Les Conseils de comtés peuvent décider d'établir des copaiements, fixer les prix et passer des accords avec des producteurs de soins privés.

L'importance du rôle des conseils de comté contribue à créer de grandes inégalités géographiques des services médicaux. Les réformes qu'ils décident peuvent être différentes.

⁵⁵ Réforme Dagmar 1985: Les paiements par l'assurance sociale nationale pour les soins primaires sont dirigés vers les conseils de comtés. Les budgets des comtés sont calculés en fonction de la population et pas en fonction du nombre de consultations.

Les comtés sont responsables des hôpitaux qui étaient d'abord financés par un budget global. Ce budget global a été remplacé dans les années 1980 par un budget basé sur l'activité. Des expériences de GHM ont été menées à partir de 1985. Avec la crise économique du début des années 1990 le gouvernement et l'opposition ont accepté comme une nécessité la réduction des dépenses publiques et le développement de formes de concurrence au sein du système de soins. Les GHM ont été introduits en 1991. La réforme Ädel de 1992 a eu trois objectifs: développer le choix par les patients, réduire le contrôle administratif central, et augmenter la concurrence (notamment marchés internes dans les hôpitaux). Les acheteurs et les fournisseurs de soins ont donc été séparés (mais les conseils de comté ont des politiques différentes: par exemple seulement un tiers d'entre eux a institué une telle séparation). Les comtés ont donné leur financement aux districts qui ont été chargés d'acheter les services aux hôpitaux et les hôpitaux ont dû trouver une partie de leur financement en concluant des conventions de services avec les districts.

L'évaluation des technologies de santé est adoptée en 1995 et celle de la qualité en 1999.

A partir de 1995 les comtés mettent moins l'accent sur la concurrence.

En fait la concurrence se serait peu développée entre les hôpitaux publics et ces derniers établiraient parfois des actions de coopération. De façon générale dans les années 1990 et 2000, les hôpitaux ont procédé à la spécialisation et à la concentration de leurs services et certains hôpitaux ont fusionné.

Une garantie de délai d'attente a été accordée en 1992 aux patients, passant par un élargissement du choix de l'hôpital. Ceci a été encore assoupli en 1997, en 2002, en 2005 (nouvelles garanties pour les soins (accès, délais)), et une nouvelle loi a été adoptée en 2010.

Quant au secteur ambulatoire sa place est privilégiée depuis les années 1990, une partie des soins des hôpitaux étant reportée sur ce secteur.

Dans les années 2000 l'accent est porté sur la correction des inégalités régionales. Un plan national et des plans locaux sont introduits en 2002. Des comparaisons régionales doivent être établies à partir de 2006.

Au total, comme au Danemark, des différences marquées se dessinent selon les comtés⁵⁶. Une certaine réorganisation du système est recherchée.

b.7) Finlande: des difficultés liées à une grande décentralisation vers les municipalités, introduction d'une certaine concurrence

La décentralisation vers le niveau municipal s'est accentuée depuis la fin des années 1980. Les municipalités ont un rôle essentiel pour la santé: elles gèrent les services de base et sont associées aux districts hospitaliers. Les hôpitaux sont essentiellement publics.

⁵⁶ Voir aussi (Burstrom, 2002).

Les règles étaient différentes entre les municipalités dans les années 1990 et les hôpitaux avaient une large autonomie de gestion. Au lendemain de la grande crise du début des années 1990 qui a été particulièrement ressentie en Finlande, dans un contexte de réduction de la contribution de l'Etat aux services de santé, la décentralisation a été accentuée en 1993 et les municipalités ont acheté des services de santé et ont mis en concurrence les hôpitaux et les centres de soins primaires. La mobilité géographique des patients a été alors autorisée pour pallier aux différences territoriales.

Les technologies de santé ont fait l'objet d'évaluations à partir de 1995.

Les GHM ont été introduits en 1997.

Mais des difficultés persistent qui tiennent notamment à la petite taille des municipalités qui ont la responsabilité des hôpitaux, ce qui les empêche de faire des économies d'échelle et d'avoir des coûts soutenables pour offrir des services de qualité. De plus les municipalités ont peu de capacités en matière de connaissances nécessaires à une planification. Elles ont aussi un faible pouvoir de contrainte sur les services.

Une plus grande mobilité géographique a, à nouveau, été accordée aux patients en 2005 pour remédier aux inégalités géographiques de l'offre de soins. La taille de la population couverte par une Unité de services a été augmentée en 2007 et la coordination des soins primaires et secondaires est devenue un objectif important la même année. Un projet de réforme, en 2014, a aussi prévu d'élargir le rôle des régions plutôt que celui des municipalités afin d'améliorer l'égalité des patients pour l'accès aux soins ainsi que la qualité des soins.

En conclusion les objectifs de la politique menée en matière de soins ont donc été largement guidés par les problèmes soulevés par le niveau de la décentralisation. Une certaine introduction de la concurrence a été aussi recherchée.

b.8) Italie: des mesures pour une nouvelle gestion des hôpitaux appliquées diversement selon les régions

En Italie les réformes ont surtout porté l'accent sur la décentralisation du système de santé. Quelques formes de privatisation interne ont cependant été mises en œuvre.

Avec la réforme Amato-Di Lorenzo de 1992 les ASL ont acquis une plus grande autonomie. Elles ont pu se transformer en entreprises publiques. Les grands hôpitaux ont pu devenir des agences publiques indépendantes. L'autonomie financière et technique a été accordée aux hôpitaux en 1994. Les GHM y ont été introduits en 1997.

A partir de 1995 certaines régions ont séparé les acheteurs et les producteurs de soins⁵⁷.

Le rôle des régions a été modifié en 1997-2000: elles doivent diriger directement le service national de santé⁵⁸.

⁵⁷ Voir (Cabiedes et Guillen, 1999) pour l'introduction de la concurrence dans les pays de l'Europe du Sud.

Une certaine concurrence entre hôpitaux a été introduite dans les années 2000.

Mais, récemment, certains hôpitaux indépendants ont été réintégrés dans les autorités locales.

En 2005 un Memorandum est passé entre l'Etat et les régions sur le financement. Un cadre est donné au fédéralisme fiscal en 2009. Le décret Balduzzi de 2012 affirme notamment la nécessité de la continuité des soins, établit des équipes pour les soins primaires, recherche la modernisation des hôpitaux, tout en mettant l'accent sur le contrôle des dépenses. Certains éléments de la réforme sont confiés aux régions. Mais la mise en œuvre de ce décret est seulement partielle.

Au total plusieurs mesures associées à la "nouvelle gestion publique" ont bien été introduites mais de façon plus ou moins intense selon les régions.

b.9) Espagne: des différences de style de gestion selon les régions

En Espagne les nouvelles réformes des années 1990 (Vincent, 2014) ont eu trois buts: développer la régionalisation (notamment en 1997, (Rico, 1997)), accroître la concurrence des fournisseurs de soins, renforcer l'assurance complémentaire.

Une certaine séparation a été introduite entre les acheteurs et les producteurs de soins mais les acheteurs territoriaux sont peu entrés en concurrence dans les faits. Les différences de statut des régions ont induit des différences de style de gestion et ce sont seulement les régions autonomes qui ont mis l'accent sur la concurrence dans les systèmes de soins.

A partir de 1995 certaines régions ont institué une séparation entre les acheteurs et les fournisseurs de soins.

En même temps, confronté au développement des dépenses, le gouvernement a adopté de nouvelles mesures concernant le mode de financement des hôpitaux: budget global puis, en 1995, contrats des hôpitaux avec l'INSALUD prenant en compte des prix théoriques et les niveaux d'activité. Quelques innovations de gestion ont été mises en œuvre.

Les hôpitaux publics peuvent passer des contrats avec les cliniques privées.

L'organisation d'équipes de médecins pour les soins primaires a été encouragée.

Des mesures d'évaluation ont aussi été adoptées à partir de 1991 pour l'efficacité et la qualité. Un plan qualité a été défini en 2006.

Les différences régionales⁵⁹ ont conduit à la recherche de l'amélioration de la coordination et de la cohésion du système de santé dans les années 2000⁶⁰. Des normes minimales ont été alors définies. Un panier commun de prestations a été adopté en 2006.

⁵⁸ Ces réformes sont associées à diverses mesures: mise en place d'un fonds de solidarité pour équilibrer la fiscalité des régions en 1999, réforme constitutionnelle sur le partage des compétences entre l'Etat et les régions en 2001, et les régions deviennent responsables de l'équilibre de leur budget.

⁵⁹ Il s'avère notamment que les politiques de santé menées par les Communautés autonomes sont souvent bien différentes de celles des autres Communautés.

⁶⁰ Le Ministère a remplacé en 2002-2003 l'INSALUD qui était chargé de l'organisation et du contrôle du système de santé. Il doit faciliter la coopération entre les régions et superviser le système. Il définit des normes minimales

Enfin la crise contemporaine a provoqué une certaine redéfinition de la politique avec l'accord de 2010.

En définitive, comme la mise en œuvre de la gestion contractuelle peut être conduite par les régions, il y a une grande diversité de situations.

c- Recours relativement limité à la privatisation interne de la délivrance des soins

Enfin la Belgique, les Pays-Bas, et les deux pays du Sud les plus en retard pour les systèmes de santé modifient relativement peu, par rapport aux autres pays, la gestion des services publics. On observe que cela correspond à des systèmes de santé où la place du secteur public de soins est relativement limitée.

c.1) Belgique: contrainte imposée sur la croissance des dépenses et nouveaux modes de paiement des hôpitaux

En Belgique la décentralisation s'est approfondie dans les années 1980. Les régions et les communautés locales ont de larges responsabilités en matière d'enseignement de la santé, de prévention, et de mise en œuvre des décisions fédérales à propos des hôpitaux.

Mais l'Etat central a imposé une limite à la croissance des dépenses de santé à partir de 1995.

Les hôpitaux sont majoritairement privés à but non lucratif. La place du secteur public des soins étant relativement limitée en comparaison aux autres pays, les possibilités de privatisation interne sont également restreintes.

Le contrôle des dépenses est passé en 1982 par le paiement des hôpitaux selon "l'activité justifiée", avec des montants de référence nationaux, et des paiements prospectifs par GHM. Des tarifs à la journée ont été aussi introduits en 1989.

Un budget global a été mis en place pour les soins médicaux en 1990.

Rappelons aussi que l'on a vu, à propos de la privatisation externe, que quelques hôpitaux publics et privés ont fusionné.

L'évaluation des technologies de santé s'est développée récemment, surtout à partir de 2003.

La montée des inégalités régionales a conduit à une certaine recentralisation à partir de 2004.

A la suite de la crise de 2008 l'Etat a réduit le plafond du taux de croissance des dépenses en 2011. En même temps un projet d'élargissement des responsabilités organisationnelles des régions a été proposé.

Il est aussi prévu de développer certaines activités hospitalières sous forme de soins de jour.

Par rapport aux pays examinés ci-dessus les évolutions sont plutôt modérées en matière de privatisation interne des services de soins. Elles concernent en grande partie les modes de paiement des hôpitaux.

ou des modèles de paiements de base communs à toutes les régions. Des cotisations complémentaires peuvent être levées par les régions.

c.2) Pays-Bas: introduction limitée de mécanismes de marché et Etat régulateur

Les fournisseurs de soins sont essentiellement privés et à but non lucratif aux Pays-Bas. La part des soins délivrés dans le secteur public est relativement faible et, comme en Belgique, il n'y a que peu de place pour la privatisation interne.

Plusieurs lois, en 1988 et 1992, ont été adoptées aux Pays-Bas pour stimuler la concurrence entre les producteurs de soins mais elles ont largement échoué. Les technologies de santé ont fait l'objet d'évaluations à partir de 1987.

Après une phase de reprise du contrôle par l'Etat, en 1994-2000, de nouvelles mesures incitant à la mise en œuvre de mécanismes de marché ont été adoptées, l'Etat assurant en même temps un rôle de régulateur. Le principe de tarifs négociés a été remplacé en 2001 par un système de subventions prenant l'activité en compte. Puis les GHM ont été développés au cours des années 2003-2005. Des incitations ont été accordées aux médecins libéraux en hôpital pour qu'ils deviennent salariés.

Quelques fusions d'hôpitaux ont été réalisées.

L'accent a été mis récemment sur les soins primaires, moins coûteux que les soins hospitaliers, et certaines tâches ont été reportées sur les infirmières.

La crise contemporaine a aussi conduit à la négociation d'un plafonnement de la croissance des dépenses, en 2012.

Au total l'introduction de mécanismes de marché, modérée, s'est accompagnée d'une régulation étatique.

c.3) Portugal: privatisation interne récente et limitée, contractualisation, réduction imposée des dépenses

La décentralisation est relativement peu développée au Portugal dans les années 1980 (Ferrinho et al., 2006). Elle sera progressivement étendue mais conservera un caractère limité en comparaison à l'Espagne et à l'Italie.

Un SNS a été créé en 1979 et la révision de la Constitution en 1989 a confirmé la mise en place d'un SNS universel et gratuit. Mais le système est demeuré composé d'hôpitaux publics, privés à but non lucratif (largement caritatifs) et privés lucratifs. Un effet de rattrapage vigoureux, permis par une croissance économique soutenue, a entraîné divers progrès dans les années 1990.

La décentralisation a été quelque peu élargie en 1993 avec la création de cinq administrations régionales de santé. Ce mouvement a été renforcé en 1997. Des services de soins locaux ont été établis à partir de 1999.

Plusieurs mesures ont introduit de nouvelles règles. Il a été fait référence aux GHM à partir de 1989. Puis la séparation acheteurs/producteurs de soins est intervenue en 1997 et des "agences pour les contrats" ont été créées dans chaque Agence régionale de santé. De nouvelles mesures ont été adoptées en 2002, notamment l'introduction de nouveaux modes de financement prenant en compte la qualité et

la productivité des soins, l'établissement d'un contrat annuel entre le Ministère de la santé et les hôpitaux publics, la transformation de trente-quatre hôpitaux publics en entreprises publiques. Les hôpitaux doivent adopter un mode de gestion privé. Ce mouvement s'est ensuite poursuivi.

La prise en compte des questions de qualité est récente (2002, 2009).

Du côté des soins primaires une loi de création de centres de soins financièrement autonomes a été adoptée en 1999 mais n'a pas été mise en oeuvre. C'est à partir de 2003 que des groupes de centres de soins primaires ont été créés et des Unités de santé pour les familles ont été instituées en 2006. Des conseils de communautés ont été mis en place en 2006.

Le paiement des médecins a été basé sur la performance, en tenant compte de GHM, en 2006.

La crise contemporaine est à l'origine de nouvelles mesures. Tous les hôpitaux doivent présenter un plan de réduction des dépenses à partir de 2010 et un projet de réforme du secteur primaire est alors présenté. En 2011 il est prévu qu'une partie des dépenses hospitalières soit reportée sur le secteur ambulatoire. Un Memorandum est aussi conclu en 2011. A nouveau l'accent est mis sur la décentralisation et la création d'Unités locales de santé.

Les principales tendances des réformes dans le champ des services de soins sont: la privatisation interne mais de façon relativement récente et limitée et, surtout récemment, la contractualisation accompagnant une forte contrainte sur les dépenses publiques (Pernot et Rego, 2014).

c.4) Grèce: des mesures toujours remises en cause

En Grèce bien qu'un projet de décentralisation (régions, districts) ait été présenté au début des années 1990, le système de santé reste largement sous le contrôle des administrations centrales.

La place du secteur de soins privé est restée très importante malgré l'établissement d'un SNS. Le budget global a été mis en place en 1996 sur une base rétrospective et les GHM ont été alors introduits mais ceci n'a pas été appliqué.

Toujours en 1996, un Service spécial de santé a remplacé le gouvernement central pour l'organisation et le contrôle du système de santé.

Une loi planifiant un système régional de santé a été adoptée en 2001 mais n'a été appliquée que de façon incomplète. Un projet de nouveaux modes de gestion, de budget global prospectif, et de développement de contrats, a été proposé en 2001-2003 mais ce projet a été remis en cause pour les hôpitaux en 2004. La gestion des hôpitaux par un personnel professionnel a été remplacée par une gestion par l'administration en 2005.

En matière de soins primaires des contrats de performance ont été introduits pour les médecins en 2001. Mais le projet de modification du secteur primaire de 2001 a été abandonné en 2004.

Le Memorandum imposé par la "troïka" en 2010, après l'éclatement de la crise de 2008, met l'accent sur la réduction des dépenses plutôt que sur des réformes structurelles.

A partir de 2013 diverses mesures concernent la réorganisation, la fermeture et le regroupement d'hôpitaux. Une loi prévoit en 2014 de développer l'évaluation des hôpitaux, un système de GHM pour leur financement, et de rendre nécessaire le passage chez un médecin pour avoir accès à un hôpital.

En conclusion les politiques de santé ont été souvent remises en cause avec les changements d'orientation des gouvernements et ceci d'autant plus facilement que l'appareil d'Etat est faible par rapport à des professions médicales fortes (Davaki and Mossialos, 2005).

Comme pour le financement des soins, le classement des pays selon la privatisation interne et celui selon la privatisation externe de la délivrance des soins ne coïncident pas.

III – LA CLASSIFICATION DES PAYS

A - La position relative des pays

Les grandes tendances dégagées précédemment pour chaque pays dans les titres des paragraphes correspondants sont reprises en détail dans le Tableau 2⁶¹ et synthétisées dans le Graphique 2.

⁶¹ L'ordre de présentation des pays dans le Tableau 2 correspond à des regroupements dégagés dans une autre étude plus générale sur l'évolution des systèmes de santé (André, 2015).

Tableau 2: Les grandes caractéristiques des évolutions

| | Financement Privatisation externe | Financement Privatisation interne* | Délivrance des soins Privatisation externe | Délivrance des soins Privatisation interne |
|--------------------|--|--|--|--|
| Belgique | Report sur les paiements directs des ménages et importance du secteur privé à but non-lucratif. | * | Un secteur privé dominant depuis longtemps. | Contrainte imposée sur la croissance des dépenses et nouveaux modes de paiement des hôpitaux. |
| France | Croissance de l'assurance privée complémentaire; généralisation de l'assurance complémentaire à tous les salariés en 2016. | *Adaptation du Code de la Mutualité nécessitée par les Directives européennes. | Des changements relativement limités. | Modernisation du système et privatisation interne. |
| Autriche | Hausse limitée des paiements des ménages. | * | Peu de modifications. | Recherche d'une meilleure organisation du système, privatisation interne limitée. |
| Allemagne | Progression de l'assurance privée avec l'unification, tendance à la hausse des paiements des ménages. | *Des incitations à la concurrence variables dans le temps. | Privatisation accélérée par l'unification; création d'hôpitaux privés et transformation d'hôpitaux publics. | Privatisation interne et une certaine réorganisation du système. |
| Pays-Bas | Large privatisation mais très encadrée. | *Encouragements de la concurrence. | Développement des organisations privées à but non-lucratif. | Introduction limitée de mécanismes de marché et Etat régulateur. |
| Danemark | Montée des copaiements et développement de l'assurance privée. | * | Expériences locales de privatisation et, dans les années 2000, des paiements publics pour les hôpitaux privés. | Rôle des régions, nouveaux modes de gestion des hôpitaux et du secteur ambulatoire. |
| Suède | Hausse des copaiements et développement récent de l'assurance complémentaire. | * | Rôle des comtés dans les privatisations. | Des différences entre comtés, une certaine réorganisation du système. |
| Finlande | Des copaiements encadrés. | * | Des associations entre secteurs public et privé. | Des difficultés liées à une grande décentralisation vers les municipalités, introduction d'une certaine concurrence. |
| Royaume-Uni | Un certain partage des coûts. | * | Une privatisation externe pour pallier les insuffisances des services publics. | Un rôle pionnier en Europe. |
| Irlande | Importance majeure et ancienne de l'assurance privée, croissance récente des paiements directs des ménages. | * | Une longue période de forte croissance économique favorable au secteur public. | Recherche d'une plus grande intégration des soins, quelques modifications dans la gestion. |

| | | | | |
|-----------------|--|---|---|---|
| Italie | Relèvement des paiements des ménages, variété de la politique des régions. | *Diversité des modèles régionaux. | Des différences régionales en matière de privatisation. | Des mesures pour une nouvelle gestion des hôpitaux appliquées diversement selon les régions. |
| Espagne | Report sur les patients, encouragements des assurances privées. | * | Soutien apporté au secteur privé pour compenser les insuffisances persistantes du secteur public. | Des différences de style de gestion selon les régions. |
| Portugal | Importance et croissance soutenue des paiements directs des ménages. | * | Quelques encouragements au secteur privé. | Privatisation interne récente et limitée, contractualisation, réduction imposée des dépenses. |
| Grèce | Ancienneté des assurances privées, place majeure des paiements des patients. | *Des tentatives de réorganisation des assurances de santé pour en réduire l'hétérogénéité plutôt que des incitations à une privatisation interne. | Grand rôle, traditionnel, du secteur privé. | Des mesures toujours remises en cause. |

*Tous les systèmes de financement de la santé sont soumis aux Directives Européennes sur l'assurance, ce qui entraîne des modifications plus ou moins grandes notamment pour les mutuelles.

A partir des observations de la deuxième partie on s'est efforcé de classer les pays selon l'importance du recours aux instruments de privatisation externe et de privatisation interne depuis une trentaine d'années. Le Graphique 2 résume les résultats. La taille des caractères utilisés pour les initiales des pays indique le niveau relatif de l'utilisation des instruments (grande taille: utilisation élevée; taille intermédiaire: utilisation moyenne; petite taille: utilisation limitée).

Le Graphique 2 peut être lu de deux façons:

- pour un pays, on peut repérer la hiérarchisation des modes de privatisation utilisés.
- pour une composante des systèmes (financement ou soins) et un type de privatisation, on peut comparer le degré d'utilisation d'un mode de privatisation dans les différents pays.

Graphique2 : Les pays selon l'importance relative des modes/processus de privatisation au cours des trente dernières années*

| Privatisation externe | |
|--|---|
| Q1 | Q2 |
| <p>- P-B, Ir., Po.</p> <p>- Be, Fr, Al, Dk, Su, It, Es, Gr.</p> <p>- Au, R-U, Fi.</p> | <p>- Al, P-B, R-U, It (ou It), Es, Po, Gr.</p> <p>- Be, Fr (ou Fr), Au, Dk, Su (ou Su), Fi, Ir (ou Ir).</p> |
| Q3 | Q4 |
| <p>- (P-B).</p> <p>- Al, (It).</p> <p>- Gr., Fr.</p> <p>[En outre, dans ce quadrant, les Directives européennes sur l'assurance couvrent tous les pays. Elles introduisent une plus grande concurrence.]</p> | <p>- R-U.</p> <p>- Fr, Al, Au, Dk, Su, Fi, Ir, It, Es.</p> <p>- Be, P-B, Po, Gr.</p> |
| Financement des soins | Délivrance des soins |
| Privatisation interne | |

*Note: plus un pays utilise un mode de privatisation donné, plus les caractères utilisés dans le quadrant correspondant sont grands.

Abréviations: Al: Allemagne, Au: Autriche, Be: Belgique, Es: Espagne, Dk: Danemark, Fi: Finlande, Fr: France, Gr: Grèce, Ir: Irlande, It: Italie, P-B: Pays-Bas, Po: Portugal, R-U: Royaume-Uni, Su: Suède.

On constate d'abord que les critères proposés de classement des modes de privatisation permettent bien:

- de saisir ce qui se passe dans tous les pays pour les grandes composantes des systèmes de santé:

- la privatisation externe, tant pour le financement que la délivrance des soins, se retrouve dans tous les pays.

- la privatisation interne pour la délivrance des soins apparait aussi dans tous les pays.

- seule la privatisation interne pour le financement n'est décelée que dans quatre pays.

- d'établir une hiérarchisation des privatisations entre pays et à l'intérieur de chaque pays.

Les regroupements obtenus dans les quatre quadrants sont différents:

- pour le financement on n'observe pas de lien dans le classement des pays pour chacune des deux catégories de privatisation. Les écarts sont particulièrement importants. La privatisation interne est relativement peu fréquente (stabilité institutionnelle de l'assurance publique).

- pour la délivrance des soins il en va de même mais les privatisations externe et interne sont présentes dans tous les pays.

- pour la privatisation "externe" les classements des pays sont différents entre la composante "financement" et la composante "délivrance des soins".

- pour la privatisation "interne" il en va de même.

Clairement la place des privatisations tant externes que, et surtout, internes est très différente en matière de financement et de délivrance des soins (institutions différentes, acteurs différents, articulations avec le contexte différentes...).

Si les regroupements sont différents dans les quatre quadrants, la hiérarchisation des privatisations fait cependant apparaître une plus grande proximité entre certains pays (Tableau 3). Certains groupements de pays se retrouvent ainsi plus fréquemment sur une même ligne dans chaque quadrant. On reconnaît en partie des regroupements "classiques" (associés aux typologies "classiques" de l'Etat providence⁶²) mais avec une catégorie supplémentaire pour les Pays-Bas.

⁶² Une des typologies classiques pour l'Europe de l'Ouest distingue: les pays continentaux, les pays nordiques, les pays anglo-saxons, les pays d'Europe du Sud, avec parfois des dénominations différentes.

Tableau 3: La classification des pays de chaque quadrant du Graphique 2 selon une typologie "classique"*

| Typologie "classique"*: | Quadrants: | | | |
|--------------------------|---|---|--|---|
| | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| <i>Pays continentaux</i> | 2 groupes (Autriche est à part) | 2 groupes (Allemagne est à part) | seules l'Allemagne et la France apparaissent, séparément | 2 groupes (Belgique est à part) |
| <i>Pays-Bas</i> | ne se rattache à aucun groupe de façon stable | ne se rattache à aucun groupe de façon stable | ne se rattache à aucun groupe de façon stable | ne se rattache à aucun groupe de façon stable |
| <i>Pays nordiques</i> | 2 groupes (Finlande est à part) | 1 groupe | | 1 groupe |
| <i>Pays anglo-saxons</i> | séparés | séparés | | séparés |
| <i>Pays du Sud</i> | 2 groupes (Portugal est à part) | 1 groupe | seule la Grèce est dans Q3 | 2 groupes |

*La différence avec une typologie "classique" tient à l'ajout d'une catégorie propre aux Pays-Bas.

Une analyse plus large, sur la même période, prenant en compte non seulement les privatisations mais aussi les réformes des systèmes de santé considérées dans leur ensemble⁶³, les évolutions des dépenses et les évolutions des "résultats" de ces systèmes, confirme la typologie précédente avec notamment une plus grande cohérence des pays continentaux, des pays nordiques, la spécificité des Pays-Bas, une séparation du Royaume-Uni et de l'Irlande, et une distinction fréquente au sein des pays du Sud entre l'Italie et l'Espagne d'un côté, le Portugal et la Grèce de l'autre (André, 2015).

Cependant il faut appeler à la prudence dans les interprétations que l'on peut tirer du Graphique 2 comme cela est indiqué dans l'Encadré 1.

Encadré 1: Une nécessaire prudence dans l'interprétation

La proximité de deux pays sur une même ligne dans les quatre quadrants ne signifie pas que ces pays mènent pour autant une même politique de privatisation. Plusieurs raisons pour cela:

- à l'intérieur de chacun des quadrants: les instruments des politiques sont multiples, leur combinaison varie selon les pays.
- les privatisations ne sont qu'un des instruments des réformes même si elles en constituent une

⁶³ Parmi les principales études présentant des comparaisons des réformes, on peut voir notamment: (André, 2015), (Berthod-Wurmser, 1995), (Blank and Bureau, 2010), (Documentation Française, 2005), (European Observatory on Health Systems and Policies), (Lambert, 2000), (Lequet-Slama, 2004), (Maarse, 2004), (Maarse (ed.), 2004), (Math, 2014), (Mladovsky et al., 2012), (OCDE, 1993, 1994, 1995, 2004a), (Palier, 2004), (Saltman and Figueras (eds.), 1996), (Scherer and Devaux, 2010), (Schmid et al., 2010), (Thomson et al., 2014), (Thomson et al., 2009), (Tuohy, 2001, 2012), (Tuohy et al., 2001), (Van Gool and Pearson, 2014).

composante majeure (il faut tenir compte de la décentralisation, de la correction des "défauts" des politiques, de réglementations publiques diverses, etc.) et chaque pays a une articulation spécifique entre sa politique de privatisation et les autres instruments utilisés.

- plus profondément, des instruments semblables peuvent viser des objectifs différents; des instruments différents peuvent viser des objectifs semblables.

Il faut aussi noter que, dans le cas où les systèmes de soins sont fortement décentralisés, les autorités régionales et locales peuvent mener des politiques fort différentes et qu'il est alors particulièrement difficile d'apprécier la "tonalité" nationale générale des politiques menées.

Plusieurs facteurs participent aux différences des politiques menées et aux différences de "signification" des mesures adoptées:

- le point de départ (dimension (ou pas) de compromis institutionnalisé du système de santé, organisation administrative de l'Etat et décentralisation, organisation du système de santé, importance des dépenses qui lui sont consacrées, mode de gouvernance, etc.)
- le contexte global (relations à l'UE, tensions économiques, politiques et sociales, etc.)
- les objectifs poursuivis (sociaux/sociétaux, économiques, politiques)
- les acteurs (importance, rôles qui leur sont attribués)
- les modalités d'adoption et de mise en œuvre des réformes, etc.

Exemple de l'Allemagne et de l'Italie: ces deux pays apparaissent systématiquement sur la même ligne dans chacun des quadrants du Graphique 2, mais cela ne signifie pas qu'une même politique y est suivie compte tenu des remarques précédentes (voir les informations données pour chaque pays dans les parties précédentes).

B – Les privatisations: le poids de la structure du système de santé et des influences d'ordre politique, économique, idéologique

La structure du système et son ancienneté constituent un premier élément plus ou moins favorable à la privatisation. Le développement des privatisations dans les systèmes européens au cours des trente dernières années peut être aussi associé à plusieurs raisons d'ordre économique, politique, administratif, social, et idéologique/idéal.

1) Des raisons liées à la structure du système de santé et à son ancienneté

Notons tout d'abord que le profil des systèmes et l'ancienneté de leur implantation laissent plus ou moins de champ aux privatisations externe et interne. En matière de financement l'existence d'une assurance publique fragmentée laisse des possibilités importantes de privatisation interne. Le financement par l'impôt des services publics de soins ne permet pas le développement de la privatisation interne.

Lorsque les services publics de soins sont anciens et importants (cas d'un service national de santé anciennement créé par exemple), cela laisse de plus grandes opportunités de privatisation interne. Par ailleurs on observe qu'il peut être alors difficile aux services privés de connaître une expansion forte bien que, lorsque les insuffisances des services publics sont prononcées, d'une part des

autorisations peuvent être données au patient d'aller dans le secteur de soins privé en bénéficiant d'un remboursement public (privatisation externe pour la délivrance de soins), d'autre part le patient peut aller spontanément dans des services privés à condition de bénéficier d'une assurance privée qui en couvre les frais. La croissance des soins privés entraîne en général celle de l'assurance privée (privatisation externe).

A l'opposé, lorsqu'un service public de soins est de création récente (pays du Sud), le secteur privé qui lui préexistait conserve souvent en grande partie son importance et la privatisation externe est plus importante.

Dans les pays d'ancienne tradition de décentralisation, l'approfondissement de celle-ci peut conduire à des politiques régionales ou locales autonomes en matière de santé, surtout lorsque la possibilité de lever des ressources est accordée aux autorités régionales et locales. On observe que, dans ce cas, certaines régions ont développé des formes de privatisation sans qu'une politique nationale de privatisation n'ait été mise en oeuvre.

Mais ces tendances sont observées de façon variable selon les pays car le contexte et les institutions générales des systèmes de santé entrent aussi en jeu.

2) Des raisons liées au contexte et aux institutions

De façon générale l'adoption de "grandes" réformes ("grandes" : au sens d'un ensemble de mesures modifiant des traits majeurs du système) depuis la fin des années 1970 a coïncidé avec des périodes de bouleversement politiques et/ou économiques. Ces réformes ont été majoritairement orientées vers la privatisation et la décentralisation. Mais l'Etat est intervenu aussi souvent de façon plus spécifique, sur une caractéristique particulière du système de santé par exemple.

Le mode de relation des acteurs sociaux et l'importance plus ou moins grande accordée à la recherche d'un consensus influencent aussi la progressivité avec laquelle de nouvelles mesures ont été adoptées.

Des raisons économiques

Une raison majeure des réformes des systèmes de santé, et surtout de celles associées à la privatisation, tient au caractère particulièrement soutenu de la hausse des dépenses publiques de santé. La recherche du contrôle de ces dépenses a été évidemment plus intense lors des périodes de ralentissement économique.

Ainsi la préparation de l'adoption du Traité de Maastricht, qui a en partie coïncidé avec une phase de ralentissement économique (différencié selon les pays) au début des années 1990, a conduit à un resserrement de la contrainte budgétaire dans la plupart des pays concernés qui s'est répercuté sur les dépenses publiques de santé.

Le ralentissement économique de la période 2001-2003 est accompagné d'une nouvelle vague de réformes.

Il en va de même pour les années récentes depuis la crise de 2008.

Dans les pays où l'affaiblissement de la croissance n'est que peu marqué, et même si de tels ralentissements sont fréquents, il semble que les modifications du système de santé soient adoptées de façon plus progressive.

Enfin l'Irlande constitue un cas exceptionnel compte tenu du niveau élevé de la croissance du PIB pendant une longue période, ce qui a permis une amélioration rapide du système de santé jusqu'à la crise contemporaine.

Des raisons politiques

Au-delà de ces facteurs économiques, des phénomènes politiques spécifiques à certains pays sont aussi la source de nouvelles vagues de mesures. C'est le cas des changements radicaux des régimes politiques: ceux intervenus du milieu des années 1970 au début des années 1980 en Espagne, au Portugal, en Grèce, et en Italie dans une moindre mesure, le choc de l'unification allemande, et certaines alternances politiques dans le cadre d'élections⁶⁴.

Dans le cas des grands chocs politiques, la tendance a plutôt été celle d'une prise en charge plus grande par l'Etat du système de santé. C'est par exemple le cas de l'Espagne, du Portugal, de l'Italie et de la Grèce (création de systèmes de santé radicalement nouveaux, besoin de légitimation, réponse à des tensions). L'unification allemande a aussi donné lieu à de nouvelles réformes (mais le système était déjà public en Allemagne de l'Est).

Mais dans le cas des autres changements de l'orientation politique entraînés par des élections "normales" la privatisation a reçu le plus souvent la priorité bien que des renversements aient pu avoir lieu, notamment avec l'arrivée de gouvernements de "gauche".

La Grèce constitue une exception par les changements de sens fréquents de l'orientation des politiques de santé mais sans que les nouvelles orientations ne soient (ne puissent être) jamais complètement mises en œuvre compte tenu de l'instabilité politique.

Les changements d'orientation politique ont pu aussi conduire à l'annulation de mesures adoptées précédemment en France et en Allemagne.

Des raisons idéologiques/idéelles

Surtout l'influence croissante de la théorie économique néolibérale a guidé l'orientation des réformes, le secteur privé étant supposé supérieur au secteur public sous plusieurs aspects: meilleure "efficacité", élimination des "gaspillages", meilleure adaptation à la demande des patients-consommateurs, plus grande surveillance de la qualité des produits et introduction plus fréquente d'innovations sous la contrainte de la concurrence. Les dépenses de santé sont alors considérées comme un coût et pas comme un facteur de croissance.

⁶⁴ L'importance et l'influence des changements de gouvernement sur les politiques de santé sont très variables selon les pays (influence exceptionnellement forte en Grèce par exemple).

De nombreuses analyses récentes, qu'il n'est pas possible d'évoquer ici, ont remis en question la validité de ces arguments⁶⁵.

Conclusion

Les réformes entreprises dans le secteur de la santé sont anciennes et diverses. Elles touchent tous les pays européens depuis les années 1980 tout en s'inscrivant dans une histoire nationale. Une tendance profonde et commune à la multiplicité des dispositifs mis en œuvre est d'introduire des logiques de marché dans un secteur qui en était relativement abrité. Nous avons proposé de désigner cette tendance majeure par le terme de privatisation qui ne doit pas s'entendre dans le sens restreint de transfert de propriété juridique mais dans un sens large prenant une multiplicité de formes. Il existe ainsi une diversité de privatisations

Nous avons proposé une cartographie des processus de privatisation pour analyser les changements dans les systèmes de santé européens. Notre analyse fait ressortir une généralisation des stratégies de privatisation en Europe mais avec une hiérarchisation différente des formes de privatisation selon les pays.

⁶⁵ Voir par exemple le numéro spécial de la Chronique Internationale de l'IRES "Santé, éducation: services publics dans la tourmente", n°148, décembre 2014.

ANNEXES

Tableau A-1: Dépenses et financement des systèmes de santé 1980-2005

| | Be | Fr | Au | Al* | PB | Dk | Su | Fi | RU | Ir | It | Es | Po | Gr |
|--|-------------------|------|------|------|-------|-------------------|------|------|-------|-------|-------|-------------------|-------------------|------|
| <i>Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| 1980 | nd | 80,1 | 68,8 | 78,8 | 69,4 | 87,8 | 92,5 | 79 | 89,4 | 81,6 | 79,5b | 79,9 | 64,3 | 55,6 |
| 2005 | 72,3 ^e | 79,8 | 75,7 | 76,9 | 63,1a | 84,1 ^e | 84,6 | 77,8 | 87,1d | 78 | 76,6 | 71,4 ^e | 72,7 ^e | 42,8 |
| <i>Structure du financement des systèmes de santé: en % des ressources totales</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Administration générale I</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| 1980 | nd | 4,3 | nd | 11,7 | 5,4 | 87,8 | 92,5 | 66,6 | 89,0 | 70,9b | 79,2b | nd | nd | nd |
| 2005 | 4,2 ^e | 4,9 | 29,7 | 9,5 | 3,9a | 84,1 ^e | 84,6 | 61,1 | 80,9a | 77,4 | 76,4 | 66,5 ^e | 71,9 | nd |
| <i>Sécurité sociale II</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| 1980 | nd | 75,8 | nd | 67,0 | 64,0 | 0 | 0 | 12,5 | 0 | 0,8b | 0,3a | nd | nd | nd |
| 2005 | 63,3 | 74,9 | 46 | 67,4 | 59,2a | 0 | nd | 16,6 | nd | 0,5 | 0,1 | 4,9 ^e | 0,8 ^e | nd |
| <i>Versements directs des ménages III</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| 1980 | nd | 12,8 | nd | 10,3 | nd | 11,4 | nd | 18,4 | 8,6 | 16,5b | 17,1b | nd | nd | nd |
| 2005 | 21,2 | 6,9 | 16,4 | 13,1 | 9a | 14,3 ^e | nd | 17,8 | nd | 13,4 | 20,3 | 22,4 ^e | 22,3 ^e | nd |
| <i>Assurance privée et autres fonds privés IV</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| 1980 | nd | 5,7 | 7,6 | 11 | nd | nd | nd | 2,6 | 1,3 | 11,8b | 3,4b | 3,2 | 0,8b | nd |
| 2005 | 6,5 | 13,5 | 7,9 | 10 | 23a | nd | nd | 4,5 | nd | 8,6 | 3,1 | 6,2 ^e | 5,1 | nd |

Sources: OCDE Health Data 2004, 2007, et OMS

*Allemagne de l'Ouest en 1980.

Abréviations: Be: Belgique, Fr: France, Au: Autriche, Al: Allemagne, PB: Pays-Bas, Dk: Danemark, Su: Suède, Fi: Finlande, RU: Royaume Uni, Ir: Irlande, It: Italie, Es: Espagne, Po: Portugal, Gr: Grèce.

e : estimation ; nd : non disponible.

Attention: les séries sont instables dans le temps et doivent être considérées avec précaution. De même, elles ne présentent qu'une comparabilité entre pays limitée.

Tableau A-2: Dépenses et financement des systèmes de santé 2000-2010

| | Be | Fr | Au | Al* | PB | Dk | Su | Fi | RU | Ir | It | Es | Po | Gr |
|---|------|------|-------|------|------|------|---------|------|------|------|------|---------|------|------|
| <i>Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 74,6 | 79,4 | 75,6 | 79,5 | 66,4 | 83,9 | 84,9 | 71,3 | 78,8 | 75,1 | 72,5 | 71,6 | 66,6 | 60 |
| 2010 | 75,6 | 77 | 76,2 | 76,8 | 85,7 | 85,1 | 81 | 74,5 | 83,2 | 69,5 | 79,6 | 73,6 | 65,8 | 59,4 |
| <i>Structure du financement des systèmes de santé:</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Versements directs des ménages en % des dépenses totales</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 15,9 | 7,1 | 20(1) | 11,4 | 9 | 14,7 | 16,6(2) | 22,3 | 11,4 | 15,3 | 24,5 | 23,6 | 24,3 | nd |
| 2010 | 14,2 | 7,3 | 19,4 | 13,2 | nd | 13,2 | 16,8 | 19,2 | 8,9 | 17,4 | 17,8 | 20,1(3) | 26 | 38,4 |

Source: OCDE Health Data 2012.

(1): en 2003; (2): en 2001; (3): en 2009.

Tableau A-3: Dépenses privées, versements directs des ménages, assurance privée

| | Be | Fr | Au | Al* | PB | Dk | Su | Fi | RU | Ir | It | Es | Po | Gr |
|------|---|----|----|-----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|
| | <i>Dépenses privées en % des dépenses totales</i> | | | | | | | | | | | | | |
| 1995 | 23 | 20 | 26 | 19 | 29 | 17 | 13 | 28 | 16 | 27 | 27 | 28 | 37 | 45 |
| 2000 | 25 | 21 | 24 | 20 | 37 | 16 | 15 | 29 | 21 | 25 | 26 | 28 | 33 | 40 |
| 2005 | 24 | 22 | 25 | 23 | 28 | 16 | 19 | 26 | 19 | 24 | 22 | 29 | 32 | 37 |
| 2012 | 24 | 23 | 24 | 24 | 13 | 14 | 18 | 25 | 17 | 36 | 22 | 26 | 37 | 32 |
| | <i>Versements directs des ménages en % des dépenses totales</i> | | | | | | | | | | | | | |
| 1995 | 20 | 8 | 15 | 10 | 10 | 16 | 13 | 23 | 11 | 15 | 27 | 24 | 24 | 43 |
| 2000 | 21 | 7 | 15 | 10 | 9 | 15 | 14 | 22 | 11 | 15 | 25 | 24 | 24 | 34 |
| 2005 | 19 | 7 | 16 | 12 | 8 | 14 | 17 | 20 | 12 | 15 | 21 | 22 | 24 | 35 |
| 2012 | 20 | 7 | 15 | 12 | 6 | 13 | 16 | 19 | 10 | 15 | 20 | 20 | 32 | 30 |
| | <i>Versements directs des ménages en % des dépenses privées</i> | | | | | | | | | | | | | |
| 1995 | 84 | 37 | 57 | 54 | 33 | 93 | 100 | 80 | 68 | 58 | 100 | 85 | 64 | 96 |
| 2000 | 81 | 34 | 62 | 51 | 24 | 91 | 91 | 78 | 53 | 61 | 97 | 83 | 73 | 86 |
| 2005 | 79 | 32 | 63 | 52 | 27 | 90 | 89 | 77 | 61 | 64 | 94 | 76 | 75 | 95 |
| 2012 | 82 | 32 | 62 | 51 | 42 | 87 | 88 | 76 | 57 | 42 | 93 | 77 | 85 | 91 |
| | <i>Assurance privée en % des dépenses privées</i> | | | | | | | | | | | | | |
| 1995 | 9 | 59 | 23 | 41 | 49 | 7 | | 9 | 20 | 33 | | 12 | 4 | 4 |
| 2000 | 15 | 62 | 19 | 40 | 43 | 9 | | 9 | 18 | 31 | | 14 | 10 | 5 |
| 2005 | 20 | 59 | 19 | 39 | 56 | 9 | 1 | 8 | 7 | 30 | | 20 | 13 | 5 |
| 2012 | 17 | 60 | 16 | 40 | 39 | 12 | 2 | 8 | 6 | 38 | | 21 | 14 | 8 |

Sources: OMS.

**Tableau A-4: Niveau de couverture par une assurance privée facultative
en % de la population totale, 2000 ou dernière année disponible**

| | Population couverte par une assurance substitutive (1) | Population couverte par une assurance complémentaire (1) | Population couverte par une assurance supplémentaire(1) | Population couverte par une assurance privée (2) |
|-------------|--|--|---|--|
| Belgique | 7.1% | 30-50% | | 57.5% |
| Pays-Bas* | 24.7% (+4.2% WTZ) | >60% | Marginal | 92% |
| Allemagne* | 9% | 9% | | 18.2% |
| France** | Marginal (travailleurs frontaliers) | 85% (estimation pour 2000: 94%) | | 92% |
| Autriche* | 0.2% | 18.8% (hôpital: 12.9%) | | 31.8% |
| Danemark* | Non | 28% | | 28% (1998) |
| Suède* | Non | | 1.0%-1.5% | Négligeable |
| Finlande*** | Non | Non | Enfants<7: 34.8% | 10% |
| | | | Enfants 7-17: 25.7% | |
| | | | Adultes: 6.7% | |
| Royaume-Uni | Non | | | 10% |
| Irlande | Non | 45% | 11.5% | 43.8% |
| Italie* | Non | 15.6% | | 15.6% (1999) |
| Espagne* | 0.6% | 11.4% | | 13% |
| Portugal** | Non | | 12% | 14.8% |
| Grèce | Non | | 10% | 10% |

* 1999; ** 1998; ***1996

(1) Source: (Mossialos and Thomson (eds.), 2004, p.34).

(2) Source: OECD, Private health insurance, 2004.

(Mossialos et al., 2004) soulignent que le type de financement de l'assurance de santé a un impact en termes de solidarité. Ainsi "l'assurance facultative avec des primes calculées en fonction du risque individuel est fortement régressive. Les primes de groupe sont moins régressives et sont proportionnelles à l'intérieur de l'entreprise. Les primes associées à une communauté sont proportionnelles à l'intérieur de la communauté". Les charges des "utilisateurs" sont régressives, mais ceci peut être atténué par des dispositifs liés aux revenus.

Pour éviter la sélection des risques par les assureurs, une réglementation est requise. Mais le niveau de la réglementation est souvent limitée dans les pays considérés pour l'assurance complémentaire/supplémentaire. La réglementation est souvent plus développée pour l'assurance substitutive (Allemagne ou Pays-Bas par exemple).

**Tableau A-5: La structure du financement au milieu des années 2000:
Paiements directs des ménages(PDM), Assurance santé privée (ASP)**

| | 1 PDM pour des soins curatifs hospitaliers | 2 ASP pour des soins curatifs hospitaliers | 3 PDM pour des services médicaux et diagnost. | 4 ASP pour des services médicaux et diagnost. | 5 Part de la population exemptée au moins en partie | 6 Part des ménages exposés à des dépenses de santé catastrophiques | 7 ASP en % des dépenses courantes de santé | 8 PDM en % des dépenses courantes de santé |
|-----------|--|--|---|---|--|--|---|---|
| Be | 17.9 | 5.9 | 39.1 | 2.6 | 14 | na | 5.6 | 19.0 |
| Fr | 2.6 | 5.3 | 9.2 | 17.9 | 18 | na | 13.8 | 6.8 |
| Au | 2.5 | 8.9 | 13.7 | 3.9 | 11 | 0 | 4.8 | 15.4 |
| Al | 1.9 | 9.8 | 10.1 | 9.5 | na | na | 9.6 | 13.1 |
| PB | 0.3 | 0.0 | 2.5 | 1.6 | 11 | 0 | 6.2 | 6.0 |
| Dk | 6.5 | 0.8 | 2.2 | 0.0 | na | 0 | 1.7 | 13.8 |
| Su | 2.7 | 0.0 | 15.9 | 0.0 | na | 0 | 0.2 | 15.9 |
| Fi | 4.8 | 5.5 | 8.2 | 1.8 | 24 | 1 | 2.2 | 18.9 |
| RU | 1.9 | na | 2.0 | 0.0 | 62 | 0 | 1.2 | 11.4 |
| Ir | na | na | na | na | 30 | na | 8.4 | 9.9 |
| It | na | na | na | na | na | na | 0.9 | 20.2 |
| Es | 3.8 | 5.2 | 3.0 | 6.5 | 24 | 0 | 6.1 | 21.1 |
| Po | 0.3 | 2.8 | na | na | 55 | na | 4.3 | 22.9 |
| Gr | 9.0 | 0.0 | 53.0 | 0.0 | na | 2 | 3.2 | na |

OECD April 2010

1: D'après Table 9 (OECD 2010): Part des Paiements directs des ménages (PDM) dans les soins curatifs en hôpital, en %

2: D'après Table 9 (OECD 2010): Part de l'Assurance santé privée (ASM) dans les soins curatifs en hôpital, en %

3: D'après Table 9 (OECD 2010):Part des PDM dans les services médicaux de base et ceux de diagnostic, en %

4: D'après Table 9 (OECD 2010) :Part de l'ASP dans les services médicaux de base et ceux de diagnostic, en %

5: D'après Table 10 (OECD 2010): Part de la population exemptée de copaiements au moins de façon partielle, en %.

6: D'après Table 10 (OECD 2010): Part des ménages exposés à des dépenses de santé catastrophiques, en %.

7: D'après Table 11 (OECD 2010): Dépenses d'assurance santé privée en % des dépenses courantes totales de santé (Allemagne: avec ceux qui sont ont choisi de sortir du régime d'assurance sociale).

8: D'après Table 11 (OECD 2010): Paiements directs des ménages en % des dépenses courantes totales de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Les références sélectionnées ici correspondent aux principaux articles et ouvrages utilisés.

- Allen, P., (2013), "An economic analysis of the limits of market based reforms in the English HNS", *BMC Health Services Research*, 13 (Suppl 1)S1.
- André, C., (2015), "Les systèmes de santé européens en longue période", *Revue de la Régulation*, 17.
- André, C. and Hermann, C., (2009), "Privatization and marketization of health care systems in Europe", in M. Frangakis, C. Hermann and J. Huffschnid (eds), *Privatisation against the European Social Model*, Palgrave MacMillan, Hampshire p. 129-144.
- Angeli, F. and Maarse, H., (2012), "Mergers and acquisitions in Western European health care: Exploring the role of financial services organizations", *Health Policy*, vol. 105, n°2-3, p. 265-272.
- Bankauskaite, V. and Saltman, R., (2006), "Central issues in the decentralization debate", in R.B. Saltman, V. Bankauskaite and K. Vrangbaek (eds.), *Decentralization in health care: strategies and outcomes*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Batifoulier, P., (2014), *Capital Santé. Quand le patient devient client*, La Découverte.
- Batifoulier, P., Domin, J.-P. et Gadreau, M., (2007), "La gouvernance de l'assurance-maladie au risque d'un Etat social marchand", *Economie appliquée*, 1, p. 101-126.
- Batifoulier, P., Domin, J.-P. et Gadreau, M., (2008), "Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française", *Revue Française de Socio-Economie*, 1, p. 27-46.
- Bellanger, M., (2004), "Modernisation instead of privatisation in France", in H. Maarse (ed.), op. cit., p. 63-78.
- Berthod-Wurmser, M., (1995), "Régulation et réformes de la protection maladie en Europe", *Revue française d'administration publique*, n°76, oct.-déc., p. 585-598.
- Blank, R.H. and Burau, V., (2010), *Comparative Health Policy*, Palgrave Macmillan, Third edition.
- Blöchliger, H., (2008), "Market mechanisms in public services provision", *OECD Economics Department Working Paper n°626*.
- Bode, I., (2006), "Financement solidaire et gouvernance concurrentielle. Le modèle allemand, d'organisation de la santé en débat", *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, p.191-216.
- Boyle, S., (2005), "Payments by results in England", *Euro Observer*, vol. 7, n°4, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Brekke, K.A. and Kverndokk, S., (2009), "Income related health inequality in Nordic Welfare states: More inequality or the wrong measures?", Ragnar Frisch Centre for Economic Research (HERO Working Paper 4/2009).
- Bricard, D., Jusot, F. et Tubeuf, S., (2010), "Les modes de vie: un canal de transmission des inégalités de santé?", *Questions d'économie de la santé*, n°154.
- Burström, B., (2002), "Increasing inequalities in health-care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s", *Health Policy*, vol. 62, p. 117-129.
- Busse, R. and Wörz, M., (2004), "The ambiguous experience with privatization in German health care", in H. Maarse (ed.), op. cit., p. 79-96.
- Cabiedes, L. et Guillen, A.M., (1999), "L'introduction de la concurrence dans les systèmes de santé des pays d'Europe du Sud", *Revue française des affaires sociales*, n°3-4, p. 145-166.
- Cohu, S., Lequet-Slama, D. et Volovitch, P., (2006), "Pays-Bas, une réforme du système de santé fondée sur la concurrence et la privatisation", *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, p. 217-238.
- Cutler, D.M., (2002), "Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform", *Journal of Economic Literature*, vol. XL, Sept., p. 881-906.

- Davaki, K. and Mossialos, E., (2005), "Plus ça change: Health sector reforms in Greece", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30(1-2), p. 143-167.
- Devaux, M. and De Looper, M. (2012), "Income-related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD countries, 2008-2009", *OECD Health Working Papers* n°58, OECD Publishing.
- Docteur, E. and Oxley, H., (2003), "Health care systems: lessons from the reform experience", *OECD Health Working Papers* n°9, 5 December.
- Documentation Française, (2005), *Réformes de l'assurance maladie en Europe*, avril.
- Domin, J.-P., (2014), "Etablissements hospitaliers: comment l'Etat fait-il son marché?", dans P. Le Galès et N. Vezinat (eds.), *L'Etat recomposé*, La Vie des Idées, p.59-71.
- Elofsson, S., Unden, A.L., and Krakan, L., (1998), "Patient charges – A hindrance to financially and psychosocially disadvantage groups seeking care", *Social Science Medicine*, vol. 46 (10), p. 1375-1380.
- Ettelt, S., Nolte, E., Mays, N., Thomson, S., McKee, M., and the International Health care Comparisons Network, (2006), "Healthcare outside hospital. Assessing generalist and specialist care in eight countries", *Policy Brief* n°11, European Observatory on Health Systems and Policies.
- European Observatory on Health Systems and Policies, *Health Systems in Transition*, pour chaque pays, plusieurs années.
- Eurostat, *Dépenses et recettes de protection sociale*, série annuelle.
- Fargion, V., (2006), "Le système de santé italien: évolution de la répartition des compétences et du mode de financement", *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, p. 285-311.
- Ferrera, M., (1996), "The Southern model of welfare in Europe", *Journal of European Social Policy*, 6(1), p. 17-37.
- Ferrinho, P. et al., (2006), "Soixante années de réformes du système de santé portugais: la décentralisation dans le domaine de la santé", *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, p. 313-329.
- Globerman, S. and Vining, A., (1998), "A policy perspective on "mixed" health care financial systems of business and economics", *Journal of Risk and Insurance*, vol. 65 (1), p. 57-80.
- Hassenteufel, P., Delaye, S., Pierru, F., Robelet, M. et Serré, M., (2000), "La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales", *Politique Européenne*, n°2, septembre, p. 29-48.
- Helderman, J.-K. et al., (2005), "Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, 1-2, p. 189-209.
- Higgins, J., (2004), "Incrementalism in UK policymaking on privatization in health care", in H. Maarse (ed.), op. cit., p. 153-168.
- Hellowell, M. and Pollock, A.M., (2009), "The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice", *Economic Affairs*, vol. 29(1), p. 13-19.
- Huffschnid, J., (2009), "Finance as driver of privatisation", in M. Frangakis, C. Hermann and J. Huffschnid (eds), *Privatisation against the European Social Model*, Palgrave MacMillan, Hampshire, p. 49-60.
- Ietto-Gillies, G., (2008), "On quasi-markets and privatizations in public services", *International Review of Applied Economics*, vol. 22, n°3, p. 387-95.
- Jemiai, N., Thomson, S. and Mossialos, E., (2004), "An overview of cost-sharing for health services in the European Union", *Euro Observer*, vol.6, n°4, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Jolivet, A., (2014), "Suède. Des réformes et des ajustements bien antérieurs à la crise", *Chronique Internationale de l'IRES*, n°148, Décembre, p. 140-150.
- Kahmann, M., (2014), "Allemagne. Un faible impact de la crise sur les ajustements des services publics", *Chronique Internationale de l'IRES*, n°148, Décembre, p. 151-179.

- Karakioulafis, C., (2014), "Grèce. Santé et éducation: victimes des politiques d'austérité", *Chronique Internationale de l'IRES*, n°148, Décembre, p. 83-102.
- Kesenne, J., Alosse, H. and Leonard, C., (2004), "Implicit privatization in Belgian health care", in H. Maarse (ed.), op. cit., p. 33-48.
- Krasnik, A., (2004), "The strong public tradition in Danish health care", in H. Maarse (ed.), op. cit., p. 49-62.
- Kuptsch, C., (2001), "Social security privatization. Different context-different discourse", in *Building social security: The challenge of privatization*, International Social Security Series, n°6.
- Lambert, D.C., (2000), *Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, Paris, Ed. du Seuil.
- Lasserre, R., (2011), "La réforme de l'Etat social en Allemagne", *Regards sur l'économie allemande*, Mars, p. 39-50.
- Lefresne, F., (2014), "Royaume-Uni. Le triomphe du New public management dans la crise", *Chronique Internationale de l'IRES*, n°148, Décembre, p. 104-120.
- Le Grand, J., (1991), "Quasi-markets and social policy", *Economic Journal*, 101, p. 1256-1267.
- Lequet-Slama, D., (2004), "Régulation des systèmes de santé: quelques expériences étrangères de réformes en Europe", *Revue française des affaires sociales*, n°76, p. 39-53.
- Lewalle, H., (2006), "Regards sur l'assurance maladie privée dans l'Union Européenne", *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, p. 141-166.
- Lexchin, J. and Grootendorst, P., (2004), "Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: A systematic review of the evidence", *International Journal of Health Services*, 34(1), p. 101-122.
- Maarse, H. (ed.), (2004), *Privatisation in European Health Care. A Comparative Analysis in Eight Countries*, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Maarse, H., (2004), "Towards a comparative analysis of privatization in European health care", in H. Maarse (ed.), op. cit., p. 169-198.
- Maarse, H., (2006), "The privatization of health care in Europe: An eight-country analysis", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, n°5, p. 982-1014.
- Maarse, H. and Meulen, R.T., (2006), "Consumer choice in Dutch health insurance after reform", *Health Care Anal*, n°14, p. 37-49.
- Maarse, H. and Okma, K., (2004), "The privatisation paradox in Dutch health care", in H. Maarse (ed.) op. cit., p. 97-116.
- Magnussen, J., Vrangbaek, K. and Saltman, R.B., (2009), *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, McGraw Hill.
- Martin, P., (2011), "L'assurance privée et la santé en Espagne. Pertinence d'une couverture 'en doublon' ", *Revue de droit sanitaire et social*, p. 247-256.
- Math, A., (2014), "La santé au péril de l'austérité", *Chronique Internationale de l'IRES*, n°148, Décembre, p. 22-52.
- Mladovsky, P. et al., (2012), *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mordelet, P., (2006), *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*. Rennes, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Mossialos, E. and Thomson, S., (eds.), (2004), *Voluntary Health Insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policy, Copenhagen.
- OCDE (1993), *Les systèmes de santé des pays de l'OCDE. Faits et tendances, 1960-1991*, Paris.
- OCDE (1994), *La réforme des systèmes de santé. Etude de dix-sept pays de l'OCDE*, Paris.
- OCDE (1995), *Nouvelles orientations dans la politique de santé*, Paris.

- OCDE (2004)a, *Vers des systèmes de santé plus performants*, Paris.
- OECD (2004)b, *Private health insurance in OECD countries*, OECD Publishing.
- OECD (2010), *Health Care Systems, Efficiency and Policy Settings*, OECD Publishing.
- OECD (2012), *Competition in hospital services*, Directorate for Financial and Enterprise Affairs, Competition Committee, DAF/COMP(2012)9, 5 June.
- OECD Health Data Base, plusieurs années.
- Oliver, A. and Mossialos, E., (2005), "European health systems reforms: Looking backward to see forward?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, n°1-2, pp. 8-28.
- OMS (2000), *Rapport sur la santé dans le monde*.
- Or, Z., Cases, C., Lisac, M., Vrangbaek, K., Winblad, U. and Bevan, G., (2009), "Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems", *Document de travail IRDES* n°27.
- Orléan, A., (2011), *L'empire de la valeur. Refonder l'économie*, Le Seuil, Paris.
- Øvretveit, J., (2004), "Creeping privatisation in Swedish health care", in H. Maarse (ed.), op. cit., p. 135-152.
- Oxley, H. and MacFarlan, M., (1994), "Health care reform. Controlling spending and increasing efficiency", *OECD Economics Department Working Papers* n°149, Paris.
- Palier, B., (2004), *La réforme des systèmes de santé*, Paris, PUF, Que sais-je?,
- Paris, V., Devaux, M. and Wei, L., (2010), *Health systems institutional characteristics*, OECD Health Working Papers n°50.
- Pernot, J.-M. et Rego, R., (2014), "Portugal. Santé, éducation, dans la tempête", *Chronique Internationale de l'IRES*, n°148, Décembre, p. 68-82.
- PIQUE (Réseau: Privatisation of public services and the impact on quality, employment and productivity), plusieurs travaux: www.pique.at.
- Pollock, A.M., (2003), *NHS plc: The privatization of our health care*, London, Verso Books.
- Polton, D., (2003), "Décentralisation des systèmes de santé", *Questions d'économie de la santé*, n° 72, oct., Paris, CREDES.
- Pond, R., (2006), "United Kingdom", *Sozialpolitik in Diskussion*, n°5, Vienna, p. 49-61.
- Propper, C., Burgess, S. and Green, K., (2002), "Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market", *CMPO Working Paper* n° 00/027.
- Rico, A., (1997), "Décentralisation régionale et réforme de la santé en Espagne (1975-1995)", dans *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, MIRE, Rencontres de Florence, vol. 3.
- Saltman, R., (2002), "Regulating incentives : the past and present role of the state in health care systems", *Social Science and Medecine*, 54 (11), p. 1677-1694.
- Saltman, R.B., Bankauskaite, V. and Vrangbaek, K., (eds.), (2006), *Decentralization in health care: strategies and outcomes*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Saltman, R.B. and Figueras, J., (eds), (1996), *European health care reforms: Analysis of current strategies*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Scherer, P. and Devaux, M., (2010), "The challenge of financing health care in the current crisis", *OECD Health Working Papers* n°49.
- Schmid, A., Cacace, M., Götze, R. and Rothgang, H., (2010), "Explaining health care system change: Problem pressure and the emergence of 'hybrid' health care systems", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 35, n°4, p. 455-486.
- Schreyögg, J., Tiemann, O. and Busse, R., (2005), "The DRG reimbursement system in Germany", *Euro Observer*, vol. 7, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Schulten, T., (2006), "Germany", *Sozialpolitik in Diskussion*, n°5, Vienna, p. 36-48.

- Schut, F.T. and Van de Ven, W.P.M.M., (2011), "Effects of purchaser competition in the Dutch health system: Is the glass half full or half empty?", *Health Economics, Policy and Law*, vol. 6(1), p. 109-123.
- Shaoul, J., Stafford, A. and Stapleton, P., (2007), "The cost of using private finance to build, finance and operate hospitals", *Public Money and Management*, 28(8), p. 101-108.
- Tamblyn, R. et al., (2001), "Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly person", *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, n°4, p. 421-429.
- Thomson, S. et al., (2014), *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, Policy Summary 12, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Thomson, S. and Dixon, A., (2004), "Choices in health care: the European experience", *Euro Observer*, vol. 6, n°4, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Thomson, S., Foubister, T. and Mossialos, E., (2009), *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses*, Observatory Studies Series n°17, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Tuohy, C.H., (2001), "The political economy of health care reform: a cross-national analysis", *University of Toronto Working Paper*, 30 April.
- Tuohy, C.H., (2012), "Reform and the politics of hybridization in mature health care States", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 37, n°4, p. 611-632.
- Tuohy, C.H., Flood, C.M. and Stabile, M., (2001), "How does private finance affect public health care systems? Marshalling the evidence from OECD nations", document Université de Toronto.
- Van Doorslaer, E. and Masseria, C., (2004), "Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries", *OECD Health Working Papers* n°14.
- Van Gool, K. and Pearson, M., (2014), "Health, austerity and economic crisis", *OECD Health Working Papers* n°76.
- Vincent, C., (2014), "Espagne. Des mouvements sociaux originaux pour contrer les réformes dans la santé et l'éducation", *Chronique Internationale de l'IRES*, n°148, Décembre, p.53-67.
- Wagstaff, A. et al., (1992), "Equity in the finance of health care: Some international comparisons", *Journal of Health Economics*, 11(4), p. 389-411.
- Wagstaff, A. et al., (1999), "Equity in the finance of health care: Some further international comparisons", *Journal of Health Economics*, 18(3), p. 263-290.
- Wierink, M., (2014), "Pays-Bas. Le retour aux 3% de déficit public, accélérateur du retrait de l'Etat social", *Chronique Internationale de l'IRES*, n°148, Décembre, p. 121-139.
- Yilmaz, E., Jusot, F. et Or Z., (2009), "Inégalités de recours aux soins en Europe: quel rôle attribuable aux systèmes de santé?", *Revue économique*, 60(2).