

## Annexe 4. Les réformes depuis 1980

Tableau 4. 1. Financement et assurance (pays continentaux et Pays-Bas)

Financement Assurance	Belgique	France	Allemagne	Autriche	Pays-Bas
Partage des coûts	1990s, 2000s : développement du partage des coûts; forte hausse des versements des ménages. 2002 : plafond annuel sur paiements des patients. Récemment : réduction des versements des plus vulnérables.	1997 : CSG remplace certaines cotisations sociales. 1999 : aide aux bas revenus par CMU et CMUC (généralisation d'assurance complémentaire). Partage des coûts largement reporté sur mutuelles et assurances complémentaires privées jusqu'en 2005, puis ensuite nouveaux co-paiements non reportables sur toute assurance complémentaire-mutuelle.	[Un objectif jusqu'au début des 1990 : stabilité des cotisations sociales ; puis réforme]. 1988-1989 : réforme Blüm, paiements par patients. 3 lois en 1996-1997 : développement des co-paiements (et réduction de certaines prestations), et recul de ces mesures en 1998. 2003-2004 : développement du partage, tournant vers financement privé et réduction de couverture. Puis tendance à réduction des cotisations d'employeurs.	Récemment développement du partage des coûts. 2010 : extension de protection pour bas revenus.	Réformes Dekker, Simons : transformation des cotisations (désormais cotisations proportionnelles aux revenus complétées par cotisation uniforme). 1994 : prestations maladie reportées sur les entreprises qui s'assurent auprès des assurances privées. Développement du partage des coûts. Projet de report des coûts sur les patients sortant des réseaux de leur assurance à partir de 2016.
Struct. 2005 (% du total) : -ass. privée -vers. ménage	6,5% 21,2%	13,5% 6,9%	10% 13,1%	7,9% 16,4%	23% 9%
Secteur de l'assurance (publique et privée)	Un certain développement d'assurance privée (principalement à but non lucratif). Assurance complémentaire pour hôpital. 1990 : réglementation publique élargie pour les régimes maladie. 1994 : accent sur concurrence entre assurances. 2005-2008 : une certaine uniformisation de couverture.	Un certain développement d'assurance privée. 1985, 1989 : création de marché dans l'assurance complémentaire : mutualité, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance. 1999 :CMU,CMU-C 2001 : mutualité couverte par Directive sur l'assurance. 2004 : plus d'autonomie des régimes d'assurance mais avec contrôle de l'État. UNOCAM, UNCAM. 2005 : aide pour couverture des bas revenus. 2005 : rôle accru de direction des Caisses d'assurance-maladie. 2013 : accord national interprofes. et choix de complémentaire par branche.	Un certain développement d'assurance privée (en partie effets de l'unification). 1992 : plan Seehofer, concurrence entre assureurs, choix des patients élargi. 1994 : début de limitation des assurances substitutives (pour hauts revenus). 1997 : plus d'autonomie et de concurrence, mais un certain contrôle de celle-ci en 1998. 1998 : ce sont désormais les Länder et non les caisses qui fixent les budgets globaux des hôpitaux et des médecins. 2000, 2003, 2004, 2007 : plus d'autonomie et de concurrence. 2007 : État fixe les cotisations. Fonds de santé redistribuera cotis. entre caisses.	Présence d'assurance privée mais peu de développements. Pas de concurrence des fonds collectant ressources et achetant soins. 2010 : plus de contrôle central des institutions régionales d'assurance.	Ambiguïté de la séparation entre public et privé. Fusion des fonds publics et privés-substitutifs. Nouveaux fonds mis en concurrence et forte réglementation par l'État. 1987 : plans Dekker puis Simons (assurance générale obligatoire pour les gros risques. Concurrence entre assureurs et entre fournisseurs de soins. Choix des patients élargi). Échec (car ententes entre assureurs) et abandon en 1994. 1998 : réglementation pour garantir la concurrence et interdiction des accords. 2006 : grande réforme, forte réglementation des garanties minimales des assurances. Système et assurance obligatoire unique et fin du système d'assurance dual public-privé. Concurrence réglementée par organisation indépendante. Abolition des assurances substitutives (hauts revenus). Liberté commerciale des offres d'assurance complémentaire. 2012 : projet de fin de péréquation entre assureurs et incitations à concurrence.

Tableau 4. 2. Soins (pays continentaux et Pays-Bas)

Soins	Belgique	France	Allemagne	Autriche	Pays-Bas
Contrôle des dépenses, planification nationale, qualité	1993 : contrôle des dépenses, plus de responsabilité financière des producteurs de soins. 1995 : plafond de croissance des dépenses. 1996 : comité d'évaluation des besoins. 2003 : évaluation des technologies de santé. 2011 : réduction du plafond de croissance des dépenses.	1987 : évaluation des technologies de santé. 1996 : contrôle parlementaire, ONDAM. assurance). ANAES (évaluation des thérapies). 2004 : Haute Autorité de Santé. 2009 : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (intégration de santé publique, ARS...).	(Unification). 1992 : plan Seehofer : concurrence, planification et coordination. 1996-1997 : réduction de prestations de maladie. Loi retirée en 1998. 1997 : Comité fédéral pour efficacité. 1998 : évaluation des technologies de santé. 2004 : contrôle de qualité, d'efficacité. 2003-2007 : grande réforme. Plan associé à l'Agenda 2010 (baisse des taux de cotisation). Contrôle de qualité.	1984 : réforme de contrôle des coûts. 1990 : évaluation des technologies de santé. 1994 : plan pour améliorer distribution régionale. 1997 : renforcement du rôle de l'État. 2005 : à la fois renforcement et affaiblissement de la compétence régulatrice de l'État fédéral, plus de planification. 2005 : Contrôle de qualité. 2010 : extension des programmes qualité.	1987 : évaluation des technologies de santé. 1988-1994 : nouvelles mesures orientées vers plus de marché, de concurrence (plans Dekker et Simons); échec. 1994-2000 : contrôle progressif de l'État. Depuis 2001 : mesures orientées vers marché et État comme régulateur. 2012 : plafonnement de la croissance des dépenses, négocié.
Patients	1999 : dossier médical global. 2002 : droits des patients. 2008 : couverture de population plus homogène.	1995 : droits des patients. 2004 : parcours de soins coordonnés. (Projet de dossier électronique).			Les 2010 : limitation du choix pour les assurés.
Décentralisation / Centralisation	1980 : décentralisation, se développant par la suite. 2004 : une certaine recentralisation. 2011 : projet d'accroître responsabilités organisationnelles des régions.	Milieu des 1980s : Agences régionales hospitalières (ARH). 2009 : Agences régionales de santé (ARS).	1998 : pouvoirs accrus des Länder (budget global...) et moins de pouvoirs des régimes d'assurance. 2007 : centralisation pour fixation des taux de cotis. par État.	Début des 2000s : importance des contrats décentralisés avec producteurs de soins. 2005 : accord autorités centrales-Länder.	2006 : report sur municipalités de certaines aides.
Secteur privé (privatisation, concurrence)	Quelques fusions d'hôpitaux publics et privés.	1990s : contrôle du volume des soins des cliniques privées (effet : spécialisation dans soins les plus rentables). Pratique privée dans les hôpitaux publics. Récent : PPP.	Pas de plan systématique. 1992 : plan Seehofer conduisant à des privatisations. Récemment : développement des chaînes de cliniques privées. Certains hôpitaux publics se transforment en établissements privés.	Changements relativement modérés. 2005 : meilleure coordination des secteurs public et privé.	(Mécontentement dans les 1990s). Aussi nouveaux services pour l'ambulatoire : cliniques privées (généralement à but non lucratif). Pratique privée dans les hôpitaux publics.

Abréviations : TZA : tarification à l'activité; GHM : groupes homogènes de malades; PPP : partenariats public-privé.

Soins (suite)	Belgique	France	Allemagne	Autriche	Pays-Bas
Hôpitaux : gouvernance, mécanismes de marché	1980s : contrôle des dépenses. 1982 : paiement des hôpitaux selon « activité justifiée » et montants de référence (nationaux), GHM prospectif. 1989 : tarif à la journée.  Développement d'hospitalisation de jour. Centres de soins de long terme.	1984 : renforcement du budget global. 1996 : plus d'autonomie. 2004 : tarification à l'activité (T2A).	1977 : budget global. 1992 : plan Seehofer : 3 budgets globaux, proposition de GHM. Projet 2003-2007 : renforcement de concurrence, GHM. Concentration des hôpitaux publics.	1989 : régimes de maladie peuvent passer contrat avec hôpitaux. 1997 : budget global avec valorisation (GHM + spécif. de l'hôpital). 2002 : début de privatisation de gestion des hôpitaux. 2005 : nouvelle organisation hospitalière, meilleure coordination des soins. 2011-2012 : plus de flexibilité dans les formes d'organisation.	1988, 1992 : concurrence entre producteurs de soins. Jusqu'en 2001 : tarifs négociés. 2001 : subventions prenant en compte l'activité. 2003-2005 : GHM. 2008 : compensation financière pour investissement. Fusions d'hôpitaux. Incitations aux médecins libéraux en hôpital à devenir salariés.
Secteur ambulatoire	Tarifs négociés avec caisses d'assurance.	1985 : enveloppe globale pour soins de ville. 1993 : références médicales opposables. 1996 : médecin référent facultatif. Expériences de réseaux. 2005 : médecin traitant (réfèrent) généralisé. 2007 : accord avec infirmières sur répartition territoriale 2009 : incitations à bonne pratique (CAPI). Maisons médicales.	1992 : budget global. 2003 : incitations pour réseaux de soins, médecin référent renforcé. Projet 2003-2007 : concurrence, rémunération globale des médecins doit être remplacée par rémunération à l'acte. À partir de 2004 : centres de traitement multidisciplinaires, réseaux.	Accords pour tarifs avec caisses d'assurance au niveau des Länder. Accords pour limiter volumes.  1993 : loi fédérale sur soins de long terme. 2010 : incitations pour pratiques de groupes multidisciplinaires.	Accent sur soins primaires, moins coûteux. 2006 : changement pour généralistes : capitation et paiements à l'acte. 2006 : soins de long terme. Transferts de tâches vers infirmières.

Abréviations : T2A : tarification à l'activité ; GHM : groupes homogènes de malades ; PPP : partenariats public-privé.

Tableau 4. 3. Financement et assurance (pays nordiques et anglo-saxons)

Financement Assurance	Danemark	Suède	Finlande	Royaume Uni	Irlande
Partage des coûts	1994 : introduction de cotisations à la charge des salariés. 1994 : une partie des congés de maladie payée par employeurs. Développement du partage des coûts.	1985 : réforme Dagmar (paiements par assurance sociale nationale pour soins primaires sont dirigés vers conseils de comtés). 1992 : une partie des congés de maladie payée par employeurs. Les 1990s : développement du partage des coûts. Plafond national pour co-paiements.	1980s : une partie des congés de maladie payée par employeurs. 1997 : développement du partage des coûts. Puis maximum fixé pour co-paiements.	1982 : report d'une partie des prestations maladie sur employeurs. Développement du partage des coûts.	Carte médicale pour une partie de la population (gratuité). 2005 : nouvelle carte pour visite chez généralistes.  Développement du partage des coûts et aussi assurance privée.  2012 : présentation de projet d'assurance santé universelle.
Struct. 2005 (% du total) : -ass. privée -vers. ménages	n.d. 14,3%	n.d. n.d.	4,5% 17,8%	n.d. n.d.	8,6% 13,4%
Secteur de l'assurance (publique et privée)	A partir des 1990s : un certain développement de assurance privée pour avoir libre choix du médecin. 2002 : subventions de l'Etat pour assurance privée (part faible mais hausse rapide).	Présence faible d'assurance privée. Développement récent des assurances complémentaires.	Assurance privée limitée.  Dépenses de santé liées à profession financées en partie par l'employeur.	Assurance privée pour soins privés.  Les 2000s : le développement (encore limité) des soins privés entraîne celui des assurances privées.	Les 1990s : un certain développement de assur. privée. (Les assurances privées sont dominées par une grande organisation à but non lucratif).  1994, 2001 : concurrence entre régimes privés, nouvelle réglementation en 2001.

Tableau 4. 4. Soins (pays nordiques et anglo-saxons)

Soins	Danemark	Suède	Finlande	Royaume Uni	Irlande
Contrôle des dépenses, planification nationale, qualité	1980s : contrôle. 1997 : nouvelles mesures, réaffirmation du système public. Evaluation des technologies de santé. 1999 : programmes nationaux pour santé publique. 2002-2003 : réforme; accent sur concurrence. 2003 : mesures de productivité hospitalière. 2007 : réforme structurelle de 2005 est mise en œuvre. 2010-2011 : planification nationale des spécialités pour hôpitaux. 2009-2011 : accrédit. nationale pour qualité.	1984 : évaluation des technologies de santé. 1992 : réforme Ädel : recul du contrôle de l'administration centrale. 1992 : Institut national suédois pour la santé publique. 1995 : contrainte sur budget. 1998 : orientation vers marchés. 1999 : qualité. 2002 : définition d'objectifs nationaux de santé et plans national et locaux. 2003 : politique nationale de santé publique.	(1980s : fortes hausses des dépenses.) 1995 : évaluation des technologies de santé. 2001 : grand programme de santé publique. 2014 : projet de réforme sur le bien-être social et le système de santé (égalité, qualité).	1980s : restrictions budgétaires. (Thatcher). 1982, 1985 : extension des contrôles. 1996-98 : évaluation des performances de NHS. 1999 : NICE (qualité). Début des 2000s (Blair) : nouveaux projets (réduire files d'attente, améliorer qualité, élargir offre, plus de choix). Davantage de ressources pour SNS et incitations en faveur du secteur privé. 2009 : liste des insuffisances du SNS mais peu de mesures. Accent sur commission de qualité des soins.	1992, 1994 : réforme. Depuis fin des 1990s : révisions constantes (permises par forte croissance éco). Fin des 1990s : normes de qualité. 2001, 2003 : réformes (responsabilité financière des acteurs, qualité, équité). Projets d'investissements. recherche de meilleure intégration des soins primaires, secondaires, soins de suite. 2007 : accent sur qualité. 2012 : présentation de projet d'assurance santé universelle.
Patients	Début période : mécontentements de la population. Les 1990s : choix du patient est élargi. 2002 : Possibilité de choisir hôpital à l'étranger si délais d'attente trop longs. 2003 : Dossier électronique. 2005, 2007 : nouvelles garanties de délais.	1992 : choix du patient élargi. 2005 : nouvelle garantie de soins (accès, délais d'attente), et loi en 2010. 2007-2010 : choix par patient élargi. (Pas de loi spécifique sur droits des patients).	1990s : mécontentements, la mobilité des patients est autorisée. 2005 : garanties pour délais d'attente. 2006 : enregistrement électronique des patients.	2000 : accent sur délais d'attente (Concordat : incitations vers privé et pour hausse de capacité hospitalière). 2002 : choix de l'hôpital par patients. 2004 : nouveaux délais d'attente fixés.	2002 : si longs délais d'attente, possibilité d'aller dans secteur privé en Irlande ou GB.
Décentralisation/Centralisation	(Grand rôle des comtés). 1980 : négociation Etat-comtés et municipalités pour le budget annuel. Les 1990s : contrats entre comtés et hôpitaux. 1994 : comtés et municipalités doivent avoir des plans pour services de santé. 2005, 2007 : recentralisation (loi uniforme pour tous les comtés), concentration forte (réduction du nombre de comtés et de municipalités).	Développement du rôle des conseils de comtés. 1982, 1985 (réforme Dagmar) : décentralisation, large autonomie des conseils de comtés (services ambulatoires). Médecins privés doivent négocier tarifs. 1992 : conseils de comtés financent les districts, qui achètent des services aux hôpitaux. Municipalités interviennent pour personnes âgées (aide sociale) et psychiatrie. 1995 : Comtés mettent moins d'accent sur la concurrence. 1998 : plus de responsabilités des conseils de comtés. 2002 : obligation de plans locaux. 2006 : introduction de comparaisons régionales. 2007 : comtés pourront contracter avec urgences privées.	Depuis la fin des 1980s : décentralisation vers les municipalités. 1993 : plus de décentralisation (municipalités). 2005 : projet de réforme avec négociations Etat-municipalités. 2007 : augmentation de taille de population couverte par une unité de services. Coordination des soins primaires et secondaires. 2014 : projet de réforme (rôle des régions plutôt que des municipalités, nouveau calcul du financement par les municipalités pour plus d'égalité).	Déconcentration. Puis responsabilités des régions augmentent. Fin des 1990s : responsabilités des soins transférées aux 4 nations; distinction fonctionnelle entre autorités régionales de santé et districts. 2007 : évaluation des besoins doit être faite par autorités de santé et autorités locales. 2011 : projet de fin de rémunération homogène sur tout le territoire pour hôpitaux.	2005 : remplacement des Health Boards par un seul organisme national. (Un des buts : améliorer accès).

Abréviations : TZA : tarification à l'activité; GHM : groupes homogènes de malades; PPP : partenariats public-privé.

Soins (suite)	Danemark	Suède	Finlande	Royaume Uni	Irlande
Secteur privé (privatisation, concurrence)	1980s et 1990s : expériences de privatisation (suite à mécontentement pour secteur public) qui échouent. 1993, 2002 : possibilité de paiement des cliniques privées par régimes publics, choix des hôpitaux par patient élargi. Rôle des autorités locales dans expériences de privatisation.	1990s : expérience limitée (Stockholm). 1992 : réforme Ädel développe concurrence. 1994 : privatisation principalement pour soins primaires, arrêtée en 1995. Rôle des autorités locales dans expériences de privatisation. Contrats entre organisations publiques et secteur privé (nettoyage, laboratoires, soins médicaux). 2000 : loi pour arrêter les privatisations des hôpitaux. 2007 : suppression de cette loi. Comtés peuvent contracter avec urgences privées. "Double pratique" publique/privée des médecins.	1990s : associations des secteurs public et privé, incitations pour le secteur privé. 1993 : municipalités achètent des services de santé et mettent en concurrence les hôpitaux et les centres de soins. Les 2000s : incitations en faveur du secteur de soins privé.	1980s : concurrence. 1988 : pratique privée dans hôpitaux publics. 1990s : privatisations pour soins de long terme et personnes âgées (achat par autorités locales). 1992 : PPP ('PFI'). A partir de 1997 : plus de privatisations. 2000 : Concordat NHS-secteur privé (incitations au privé). 2001-2003 : PPP. 2004 : relations entre secteurs public-privé (incitations au privé).	1994 : plan stratégique (concurrence). Plus de concurrence entre réseaux de soins. Pratique privée dans hôpitaux publics.
Hôpitaux : gouvernance, mécanismes de marché	1982 : budget global. 1993 : sous-traitance. Possibilité de choisir n'importe quel hôpital au Danemark. 1990s : contrats entre comtés et hôpitaux; certains comtés introduisent GHM. 1999, 2000 : classification de GHM. 2003 : extension de financement à l'activité GHM, plus d'autonomie pour hôpital, concurrence, séparation entre acheteurs et producteurs de soins. 2007 : restructuration et modernisation des hôpitaux, réorganisés des soins aigus.	Budget global. 1980s : budget fondé sur l'activité. 1991 : GHM. 1992 : réforme Ädel. Séparation entre acheteurs et producteurs de soins dans certains comtés. Marché interne. Concurrence. Hôpitaux doivent trouver une partie du financement par conventions de services avec les districts. Dans les 1990s et 2000s : spécialisation et concentration des services dans les hôpitaux. Fusions d'hôpitaux, restructurations.	1990s : règles différentes selon municipalités; large autonomie de gestion. 1993 : plus de concurrence. 1997 :GHM.  Récemment : structures associant public et privé.  Municipalités paient hôpitaux pour les services utilisés par leurs habitants +Assurance nationale.	Thatcher : substitue contrat à hiérarchie. 1980s : concurrence. 1989-91 : séparation acheteurs-fournisseurs de soins. Acheteurs pour NHS (et pour le privé) peuvent choisir entre hôpitaux. 1990 : concurrence marchés internes (effets limités). 2000 : incitations pour hausse de capacité hospitalière. 2003 : concurrence, plus d'autonomie pour hôpitaux, hôpitaux peuvent être Trusts. 'Payments by results'. Encouragement de PPP.	1990s : responsabilités accrues des acteurs. Budget global. 2001 : stratégie de santé (notamment augmentation des lits d'hôpitaux). Tendance : GHM, Les 2000s : développement d'hospitalisation en ambulatoire. 2005 : projet de service ambulatoire intégré.
Secteur ambulatoire	1990s, 2002 : certains comtés introduisent équivalent de GHM. Récemment regroupement de centres en ambulatoires.	Encouragements aux centres de soins primaires. 1994 : loi sur liberté d'établir une pratique privée dans les soins primaires; arrêtée en 1995. Depuis les 1990s : certains soins hospitaliers transférés au primaire ou hospitalier ambulatoire. Début des 2000s : soins pour personnes âgées. 2007-2010 : privatisation introduite dans le secteur primaire. [Accent mis sur soins primaires].	(Centre de soins primaires avec équipes multidisciplinaires) 1980s : introduction du médecin personnel. 1993 : plus de concurrence des centres de soins. Fin des 1990s : organisations privées peuvent "louer" des médecins aux services de soins primaires publics. Médecins peuvent avoir pratique privée au-delà de pratique publique. [Secteur primaire relativement faible].	1990s : réseaux de soins, GMPF, pratique privée. 1997 : 'Primary care groups'. 2003 : 'Primary care trusts (PCT) pour achat des soins. Modification des contrats. Transformation des modes de paiement des généralistes. 2004 : primes pour remplir des objectifs spécifiques. 2008 : chaque PCT doit ouvrir un centre avec soins primaires et secondaires. 2011 : remplacement des PCT par Clinical Commissioning groups (gèrent budgets, mettent en concurrence hôpitaux publics et secteur privé).	1992 : hausse de rémunération des personnels, budget global pour prescriptions. 1994 : concurrence entre réseaux médicaux. 2001 : Stratégie pour soins primaires (notamment développement des équipes). 2008 : changements pour soins de long terme.

Tableau 4. 5. Financement et assurance (pays du Sud)

Financement Assurance	Italie	Espagne	Portugal	Grèce
Partage des coûts	Possibilité de "opt-out" du service national de santé à l'origine, puis supprimé. Développement du partage des coûts à partir de 1992, 1995. 2012 : décret Balduzzi (révision du panier de base des soins et inclusion de nouvelles maladies, remboursements).	Avec la création d'un SNS, les cotisations doivent progressivement être remplacées par impôts. Une partie des congés de maladie payée par employeurs dans les 1990s. Développement du partage des coûts depuis 1998. 2010, 2012 : hausse de la participation financière des patients.	1990 : paiements des patients. Développement du partage des coûts. 2007 : extension des co-paiements. 2011 : Mémorandum : hausse des prix de recours au SNS, hausse de la participation financière des patients.	Paiements directs et informels importants et forte augmentation. Les 1990s, 1998 : Développement du partage des coûts. 2010 : hausse de la participation financière des assurés.
Struct. 2005 (% du total) : -ass. privée -vers. ménages	3,1% 20,3%	6,2% 22,4%	5,1% 22,3%	n.d. 13,4%
Secteur de l'assurance (publique et privée)	Assurance privée peu importante et se développant peu. 1992 : introduction de mécanismes de marché. 1995 : les régimes d'assurance doivent être établis au niveau de la région. Incitations en faveur des assurances privées. Plusieurs modèles régionaux. Concurrence.	Les 1990s : développement de l'assurance privée accompagnant celui des soins privés. Développement de la concurrence.	1989 : concurrence. Les 1990s : incitations pour les assurances privées. 1993 : les assurances privées peuvent se substituer à l'assurance légale. (Assurances privées peu importantes).	1983 : coexistence de caisses d'assurance maladie et de SNS. Les 1990s : incitations pour les assurances privées. 1992 : libre choix des régimes d'assurance par le patient. 1996 : les régimes d'assurance peuvent créer des réseaux de soins. 2012 : regroupements de certaines caisses d'assurance sociale (EOPYY). 2014 : EOPYY peut acheter des services aux secteurs public et privé.

Tableau 4. 6. Soins (pays du Sud)

Soins	Italie	Espagne	Portugal	Grèce
Contrôle des dépenses, planification nationale, qualité	<p>1978 : <i>Système national de santé. Rôle des régions, USL, districts.</i></p> <p>1992 : réforme Amato-De Lorenzo (régionalisation du financement, libéralisations des services de soins, concurrence).</p> <p>1994, 1998, 2003, 2006 : plans nationaux pour la santé.</p> <p>1997-2000 : rôle régulateur du SNS par l'Etat est renforcé.</p> <p>1999 : fédéralisme fiscal avec un fonds de solidarité (prévu en 2013).</p> <p>2001 : réforme constitutionnelle sur partage des compétences entre Etat et régions; régions responsables de l'équilibre de leur budget.</p> <p>2005 : Memorandum entre Etat et régions sur le financement.</p> <p>2012 : décret Balduzzi (modernisation du SNS, continuité des soins, contrôle des dépenses), mais mise en œuvre partielle.</p>	<p>1986 : <i>Système national de santé (organisé autour de services régionaux).</i></p> <p>Insalud : quasi-monopole pour gérer et rationaliser la fourniture des soins.</p> <p>A partir de 1991 : évaluations d'efficacité et de qualité.</p> <p>2002 : fin de Insalud.</p> <p>2002-03 : intervention du Ministère de la santé pour superviser le système.</p> <p>Définition de normes minimales, modèle de paiements de base communs.</p> <p>Les 2000s : accent sur problème de coordination et de cohésion après la dévolution.</p> <p>2006 : panier de prestations commun. Lancement du plan qualité.</p> <p>2008 : Pacte des soins de santé.</p> <p>2010 : accord pour tenir compte de crise économique (qualité, équité, cohésion, soutenabilité).</p> <p>2011 : objectif fixé pour dépenses, réduction des coûts (baisse des salaires, hausse des déremboursements, etc.), instauration d'un plafond de dépenses dans les régions.</p> <p>2012 : fin de l'universalité, l'accès aux soins est conditionné à la qualité d'assuré.</p> <p>Carte sanitaire distinguant services de base et ceux complémentaires avec copaiements.</p>	<p>1979 : <i>Système national de santé (mise en œuvre partielle).</i></p> <p>1989 : révision de Constitution (SNS universel, gratuit).</p> <p>1990 : loi sur "Principes fondamentaux de la santé". Paiement des ménages. Privatisation. Décentralisation.</p> <p>1993 : publication du Statut du SNS. Intégration des centres de soins primaires et des hôpitaux dans des unités de santé. Externalisation de certains services. Mesures de restriction.</p> <p>1999 : "Stratégie nationale de santé" pour 1998-2002. Loi pour réduire délais d'attente.</p> <p>2000 : carte d'identité pour système de soins.</p> <p>2002 : réforme structurelle pour contrôler les dépenses et améliorer la qualité.</p> <p>2003 : Agence de régulation de la santé pour garantir accès aux soins et concurrence entre producteurs de soins.</p> <p>2004 : Plan national de santé.</p> <p>2007 : extension importante des co-paiements.</p> <p>2009 : Stratégie pour qualité.</p> <p>2011 : Memorandum ("troïka").</p>	<p>1983 : <i>Système national de santé, coexiste avec caisses d'assurance maladie achetant services au SNS et au secteur privé..</i></p> <p>1983-1992 : interdiction de nouvelles organisations privées.</p> <p>1992 : suppression de cette interdiction.</p> <p>1992, 1994, 1997 : 3 lois pour moderniser et développer le système de santé, jamais appliquées complètement.</p> <p>2001 : loi planifiant un système régional de santé (pas complètement mise en œuvre) et instituant des principes de gestion moderne des hôpitaux.</p> <p>2010 : 1<sup>er</sup> Memorandum ("troïka"), accent sur dépenses plutôt que sur réformes structurelles.</p>
Patients	Système électronique d'enregistrement des patients.	2006 : dossier électronique.	1999 : loi pour réduire durée d'attente pour chirurgie. 2008 : charte des droits des patients à l'accès aux soins.	2010 : restrictions d'accès.
Décentralisation/Centralisation	<p>1992 : régionalisation. Régions peuvent choisir entre 3 modèles. USL transformés en entreprises locales de santé (ASL) qui ont plus d'autonomie.</p> <p>1997-2000 : renforcement des régions pour diriger directement le SNS.</p> <p>2001 : régions complètement responsables de l'équilibre budgétaire.</p> <p>2005 : Memorandum sur le financement.</p> <p>2009 : cadre pour application de fédéralisme fiscal.</p> <p>2012 : certains éléments de réforme Balduzzi confiés aux régions.</p>	<p>1990s (1997) : régionalisation.</p> <p>2002 (et 2009) : rôle du Ministère pour faciliter la coopération entre régions et superviser le système. Normes définies par l'Etat. Cotisations complémentaires décidées par les régions. (Les transferts de l'Etat aux régions ne sont pas affectés spécialement à la santé).</p>	<p>1990, 1993 : décentralisation.</p> <p>1993 : création de 5 administrations régionales de santé (ARS).</p> <p>1997 : essais pour plus de décentralisation.</p> <p>1999 : loi créant des systèmes de soins locaux.</p> <p>2006 : conseils de communautés.</p> <p>2011 : décentralisation, unités locales de santé.</p>	2001 : organisation régionale du SNS (pas complètement mise en œuvre).

Abréviations : TZA : tarification à l'activité; GHM : groupes homogènes de malades; PPP : partenariats public-privé.



Soins (suite)	Italie	Espagne	Portugal	Grèce
Secteur privé (privatisation, concurrence)	1980s : développement des privatisations (subventions, incitations). A partir de 1992 : libéralisation, pratique privée dans les hôpitaux publics, remboursement partiel des soins dans le privé. Contrats entre ASL et hôpitaux privés. 1999 : réglementation pour "double pratique" publique-privée.	1990s : Médecins peuvent avoir une "double pratique" publique et privée. Le système public peut passer contrats auprès de fournisseurs de soins privés. Conventions entre Communautés autonomes et établissements privés. PPP.	1989 : plan général de privatisation pour l'ensemble de l'économie, incitations pour hôpitaux caritatifs. 1990 : contrats du SNS avec organisations privées (lucratif et non lucratif). Incitations pour assurances privées. Médecins peuvent avoir un "travail double" (public-privé). 1993 : incitations pour soins privés. 2001 : réglementation des cliniques privées et dentistes privés. 2002, 2006, 2011 : PPP pour nouveaux hôpitaux. 2003 : Agence de régulation de la santé pour garantir concurrence entre producteurs de soins. 2011 : encouragements du privé.	(Importance du secteur privé à but non lucratif). 1983-1992 : 1992 : interdiction de nouvelles organisations privées. 1992 : suppression de cette interdiction. 2005 : PPP. 2010 : déréglementation des services privés (suppression de restrictions, etc.), mais services privés moins bien remboursés.
Hôpitaux : gouvernance, mécanismes de marché	1992 : les hôpitaux peuvent se transformer en établissements publics indépendants. Financement à l'acte possible. 1994 : autonomie financière et technique. 1995 : séparation acheteurs/producteurs de soins dans certaines régions. 1997 : GHM. Grandes différences d'application entre régions. 2000s : concurrence. Récemment : réintégration de certains hôpitaux indépendants dans autorités locales.	1990s : concurrence (principalement dans les régions autonomes). 1990s : budget global. Puis contrat avec Insalud en 1995 (niveau d'activité, prix théoriques). Après 1995 une certaine séparation acheteurs-producteurs de soins selon les régions. Contrôle des coûts et innovations de gestion. Quelques expériences de PPP. Les hôpitaux publics peuvent passer un contrat avec les cliniques privées. 2012 : projets de privatisation d'hôpitaux à Madrid, abandonné.	1988 : loi sur gestion de l'hôpital. 1989 : GHM. 1990 : pratique privée dans hôpitaux. 1993 : externalisation de certains services. 1997 : Séparation acheteurs-producteurs de soins et "agences pour les contrats" dans chaque ARS. 2002 : transformation de 34 hôpitaux en entreprises publiques. Contrats de programme entre le Ministère et les hôpitaux. Incitations pour une gestion sur le modèle privé. PPP pour nouveaux hôpitaux. 2005 : augmentation du nombre d'hôpitaux transformés en entreprises publiques. 2010 : tous les hôpitaux doivent présenter un plan de réduction des dépenses (emplois, etc.).	1996 : budget global sur base rétrospective, introduction de GHM. Pas appliqué. 2001, 2003 : projet de nouveaux modes de gestion, budget global sur base prospective, développement des contrats. (Projet remis en cause pour les hôpitaux en 2004). 2005 : modification de gestion des hôpitaux (gestion par personnel professionnel remplacée par gestion par administration). 2005, 2007 : PPP pour nouveaux hôpitaux. 2013 : réorganisation, fermetures, fusions, regroupements d'hôpitaux. 2014 : loi sur évaluation des hôpitaux; GHM.
Secteur ambulatoire	Médecins sous contrat avec ASL. 2012 : décret Balduzzi (soins primaires organisés en équipes, continuité des soins).	1986 : création du SNS met accent sur développement des soins primaires (accent sur secteur public). Organisations en équipes de médecins pour soins primaires.	1988 : rémunération expérimentale pour les généralistes (capitation et à la performance au lieu de salaire). 1999 : centres de soins primaires financièrement autonomes. (loi pas mise en œuvre). 2003 : groupes de centres de soins primaires. 2006 : création des Unités de santé pour les familles. Paiement des médecins : performance et GHM 2006 : réseau pour soins de long terme. 2010 : projet de réforme du secteur primaire. 2011 : report de dépenses hospitalières sur l'ambulatoire.	1996 : régimes d'assurance peuvent créer des réseaux de soins. 2001 : contrats de performance pour les médecins, réorganisation du secteur primaire. 2004 : projet de 2001 pour la modification du secteur primaire est abandonné. Les 2010 : création de réseaux solidaires. 2014 : médecin nécessaire pour l'accès à l'hôpital.

Abréviations : TZA : tarification à l'activité; GHM : groupes homogènes de malades; PPP : partenariats public-privé.