

## Annexe 5. Les caractéristiques des systèmes de santé vers 1990

Tableau 5. 1. Pays continentaux et Pays-Bas

	Belgique	France	Allemagne	Autriche	Pays-Bas
Généralités	<p>Système d'assurance maladie, avec remboursement.</p> <p>Régions et communautés locales : prévention, enseignement, mise en œuvre des décisions fédérales sur hôpitaux.</p>	<p>Système d'assurance maladie, avec remboursement.</p>	<p>Système d'assurance maladie.</p> <p>[Impact de l'unification.]</p>	<p>Système d'assurance maladie.</p> <p>Responsabilités :1) Etat fédéral : lois-cadres. 2) Länder : application des lois et fonctionnement des organisations de santé.</p>	<p>Système d'assurance maladie avant réformes Dekker, Simons qui proposent notamment réseaux de soins gérés par les assurances. Ces projets supprimés en 1994.</p> <p>Séparation de public/privé ambiguë.</p>
Assurances	<p>Les mutuelles assurent gestion de l'ass. maladie obligatoire. Possibilités de couverture complémentaire. Quelques compagnies privées à but lucratif.</p>	<p>-Ass. nationale (plusieurs caisses). -Ass. complémentaires importantes : facultatives, privées, principalement à but non lucratif.</p>	<p>Ass de base (74% couvert de façon obligatoire, 14% de façon facultative.), et ass. privée. Possibilité d'ass. complémentaire.</p> <p>Ass. légale organisée sur base de caisses régionales, professionnelles et d'entreprises. Egalement ass. privée. Importantes responsabilités des Länder et des caisses maladie. Action concertée et rôle des organisations professionnelles.</p>	<p>-Régime général (80% de pop.). Caisses d'assurance au niveau des Länder (pas de choix entre caisses). -Caisses avec base professionnelle. -Assurance complémentaire (40% des assurés).</p>	<p>Plusieurs niveaux : -ass. de base pour gros risques. -ass. obligatoire pour petits risques (hauts revenus exclus) (caisses publiques et privées, avec libre choix pour assuré). -ass. privée. Possibilité d'ass. complémentaire.</p>
Soins	<p>Secteur ambulatoire : privé. Rémunération médecins : acte. Pas de médecin référent.</p> <p>Hôpitaux : publics ou privés à but non lucratif. Financement : budget global prospectif.</p>	<p>Secteur ambulatoire : privé (2 secteurs), individuel. Rémunération médecins : acte. Médecin référent fin des 1990s.</p> <p>Hôpitaux : publics, privés (lucratifs, non-lucratifs). Financement : budget global.</p>	<p>Rôle des Länder. Secteur ambulatoire : privé, individuel. Rémunération médecins : acte. Médecin référent.</p> <p>Hôpitaux : rôle des Länder, des caisses de maladie. Hôpitaux : publics, privés non lucratifs, privés lucratifs (moins nombreux). Financement : (prix de journée moyen puis) budget global.</p>	<p>Personnel médical : contrats avec caisses d'assurance. Secteurs des soins primaires et secondaires : pratique libérale, individuelle. Rémunération médecins : acte, capitation. (Médecins à l'hôpital : salaire). (2007 : tarifs des généralistes réglés par conventions). Pas de médecin référent.</p> <p>Contrats entre caisses d'assurance et personnel médical. Hôpitaux : responsabilité des autorités fédérales, Länder, municipalités, organisations religieuses, caisses d'ass. Cliniques privées. Financement : prix journalier.</p>	<p>Secteur ambulatoire : rôle clef des généralistes, indépendants, pratique individuelle ou en groupes (50%-50%). Rémunération : Capitation (quand patient couvert par ass. obligatoire) et à l'acte. Médecin référent.</p> <p>Majorité des institutions de santé : privé, à but non lucratif. Financement : budget global.</p>

Les indications dans le tableau correspondent aux catégories dominantes parmi celles caractérisant le secteur ambulatoire (public, privé), la rémunération des médecins (à l'acte, capitation, salaire), le financement des hôpitaux publics.

Tableau 5. 2. Pays nordiques et anglo-saxons

	Danemark	Suède	Finlande	Royaume-Uni	Irlande
Généralités	<p>Système national de santé + médecine ambulatoire essentiellement privée.</p> <p>Plans de santé décidés par autorités centrales, puis adaptés par régions.</p> <p>2 statuts : -assurance générale couvrant 97% de pop. (statut 1). -catégorie particulière pour le reste (statut 2).</p>	<p>Système national de santé.</p> <p>Niveaux : -Adm. centrale : choix des objectifs fondamentaux et efficience du système. -Gestion décentralisée : rôle des régions (comtés, districts), et des municipalités.</p> <p>Distinction public/privé complexe : la propriété et les règles pour la gestion et l'emploi fonctionnent de façon plutôt indépendante.</p>	<p>Système national de santé.</p> <p>Niveaux : -Adm. centrale : grandes lignes de politique de santé. -Municipalités : rôle très important, gèrent les services de base (centres de soins primaires) et sont associées aux districts hospitaliers.</p>	<p>Système national de santé. (4 pays).</p> <p>Niveaux : -Adm. centrale : priorités, normes. -Autorités régionales : sous contrôle adm. centrale. -Districts (hôpitaux). -FHSA (pour médecine de famille).</p>	<p>Système national de santé (mais partiel) + mécanismes assurantiels pour certains groupes.</p> <p>2 catégories : Statut1) gratuité pour faibles revenus (35% de pop.); Statut 2) participation financière.</p> <p>Niveaux : -Adm. centrale : principales orientations. -Régions gèrent les services de santé (hôpitaux, services sociaux).</p> <p>[Spécificités : très forte croissance pendant longtemps, espérance de vie relativement faible].</p>
Assurances	<p>Ass. complémentaire privée.</p> <p>Possibilité d'accords entre caisses d'assurance et organisations des généralistes.</p>	<p>Ass. nationale : pour pertes de revenus quand maladie et pour dépenses liées aux traitements. Ass. privée complémentaire limitée, se développe avec créations de structures de soins privées.</p>	<p>Ass. universelle pour la partie des frais non couverte par le SNS et pour les pertes de revenus quand maladie. Ass. privée limitée.</p>	<p>Ass. privée limitée, couvrant essentiellement soins dans secteur privé.</p>	<p>Certaines catégories sont couvertes par l'ass. Une ass. publique facultative complète l'ass. obligatoire.</p> <p>Conventions entre assurances et prestataires de soins.</p>
Soins	<p>Secteur ambulatoire : principalement privé, et accords avec caisses d'assurance. Rôle clef de médecine générale. Contrôle par comtés. Libre choix des généralistes si ass. spéciale. Rémunération : capitation, acte. Généralistes : conventionnés. Médecin référent.</p> <p>Hôpitaux : presque tous appartiennent aux comtés et à l'Etat. Gratuité pour résidents. Financement : budget global.</p>	<p>Secteur ambulatoire : principalement public (centres de santé locaux, consultations externes des hôpitaux), mais aussi médecine libérale (payée principalement ou pour partie par le secteur public). Rémunération : capitation, salaire. Pas de médecin référent.</p> <p>Hôpitaux : essentiellement publics. Financement : budget global (essais de GHM). Grande autonomie des comtés : responsables des services ambulatoires et des hôpitaux, financent les districts de santé, fixent participation des patients.</p>	<p>Système de soins fondé sur hôpital.</p> <p>Développement de centres de soins primaires appartenant à et gérés par municipalités. Médecins publics peuvent avoir activité privée. Rémunération : acte, capitation (dans centres de soins), salaire (dans hôpitaux). Médecin référent.</p> <p>Municipalités fixent participation des patients.</p> <p>Hôpitaux : essentiellement publics. A partir de 1993 : contrats avec municipalités. Financement : enveloppes en fonction des coûts réels.</p>	<p>Rôle central des généralistes.</p> <p>Cabinets de groupes dans le secteur primaire, pouvant être autonomes et acheter des soins hospitaliers. Secteur privé peu développé. Rémunération : capitation, salaire (dans hôpitaux), acte. Médecin référent.</p> <p>Hôpitaux : développement du statut de "Trusts" autonomes, mais appartenant au SNS. Hôpitaux privés : marginaux. Financement du public autonome : contrats avec autorités locales de santé.</p>	<p>Système national de santé mais partiel; Généralistes : privé, individuel. Rémunération : capitation (patients de statut 1), acte (patients de statut 2). (1989 : capitation doit se substituer à rémunération. à l'acte). Médecin référent.</p> <p>Hôpitaux : publics (possibilité de lits privés), privés à but lucratif, privés à but non lucratif. Financement : budget global.</p>

Tableau 5. 3. Pays du Sud

	Italie*	Espagne*	Portugal*	Grèce*
	<p><b>1978 : Système national de santé et ass. obligatoire universelle (censée remplacer les mutuelles et les caisses d'ass. privées existant auparavant).</b> (Hauts revenus exclus jusqu'en 1988).</p> <p>Réformes au début des 1990s.</p> <p>Niveaux : -Adm. centrale : degré de prise en charge de la population, priorités. -Régions : rôle majeur. USL et districts.</p>	<p><b>1986 : Système national de santé, organisé autour de services régionaux.</b></p> <p>Niveaux : -Adm. centrale : coordination et planification pour santé publique. -Insalud (jusqu'en 2002) : gestion et financement des organisations de santé publiques dans les Communautés pas encore pleinement compétentes. -Communautés autonomes : pleine compétence pour la santé.</p>	<p><b>1979 : Système national de santé, mais mise en œuvre partielle (75%-80% de pop.).</b></p> <p>Nouvelles administrations régionales créées en même temps.</p> <p>Niveaux : -Adm. centrale : programmes. -Régions sanitaires autonomes : gestion hospitalière. -Districts.</p>	<p><b>1983 : Système national de santé (appliqué de façon incomplète) et ass. obligatoire pour les salariés, très fragmentée.</b> (Il était prévu que cette ass. inclurait progressivement une grande partie du secteur privé dans le secteur public). 1992 : incitation à la privatisation, le secteur privé n'est pas intégré dans le public. Réforme modifiée ensuite.</p> <p>Début des 1990s : le système doit être décentralisé. 3 niveaux prévus théoriquement : central, des régions, des districts. En pratique, rôle limité des régions et districts.</p>
Assurances	Réformes au début des 1990s : régions responsables des recettes et dépenses (mise en œuvre en 1997). Chaque région peut choisir entre 3 modèles de fonctionnement du système de santé.	Grande majorité de population couverte par sécurité sociale Rôle des mutuelles. Ass. privée. (Remplacement très lent des cotisations par impôt). Insalud pour ass. santé jusqu'en 2002.	Certains régimes d'assurance sont maintenus après 1979. Mutuelles. Ass. privée.	
Soins	<p>Dimension régionale : organisation autour des Unités sociales et médicales et des districts locaux. Rôle essentiel des régions pour diriger USL et répartir financement entre USL et hôpitaux autonomes.</p> <p>Généralistes dans SNS, et privé. Médecins publics à temps partiel peuvent avoir activité privée. Rémunération : capitation, acte (dans privé), salaire (dans hôpital). Médecin référent.</p> <p>Hôpitaux : publics, cliniques privées conventionnées. Hôpitaux publics : les plus grands peuvent devenir autonomes. Financement : par régions et par USL.</p>	<p>Rôle croissant des régions, qui peuvent passer contrats avec centres de santé privés (1991).</p> <p>Accent sur soins primaires, organisés au niveau local. Médecins : imbrication des activités publiques et privées. Rémunération : salaire (dans centres de santé publics), capitation (dans cabinets). Médecin référent.</p> <p>Hôpitaux : surtout publics, mais aussi privé non lucratif, privé lucratif. Conventions de certains hôpitaux privés avec Insalud. Financement : budget global pour la plupart, (contrats d'objectifs pour certaines régions autonomes).</p>	<p>Début des 1990s : plus de décentralisation, incitations à privatisation.</p> <p>Soins primaires : organisés par districts. Une grande partie : unités externes des hôpitaux. En outre centres de soins primaires. Médecins : reconnaissance de double pratique (publique-privée). Rémunération : salaire (dans SNS), salaire et capitation (dans centres de soins). Médecin référent.</p> <p>Hôpitaux : publics, privés non lucratifs (hôpitaux caritatifs, dont certains sont nationalisés), privés lucratifs. Financement : sur la base des cas traités l'année précédente, avec références à GHM.</p>	<p>Interdiction de créer des structures privées de 1983 à 1992</p> <p>Soins ambulatoires : 1. centres de santé du SNS (très inégalement développés), consultations externes des hôpitaux. 2. régimes d'assurance ont des services sanitaires; 3. activités privées (et "économie grise").</p> <p>Médecins généralistes dans centres de santé du SNS ont souvent une activité privée.</p> <p>Pas de médecin référent.</p> <p>Hôpitaux : SNS + relevant des régimes d'assurance maladie + privés (en général lucratifs, et "économie grise"). Financement : contrainte budgétaire molle pour hôpitaux publics.</p>

\*Dans la première ligne sont mentionnées en gras les grandes réformes structurelles de la fin des années 1970-début des années 1980, qui sont propres à ce groupe de pays.