

jnd



Les systèmes de santé en Europe

Marc Duriez
et Diane Lequet-Slama

*Que
sais-je ?*

AVERTISSEMENT AUX LECTEURS

Le contenu de cet ouvrage n'engage que les auteurs et non les organismes auxquels ils appartiennent.
Les noms des auteurs apparaissent selon l'ordre alphabétique.

DES MÊMES AUTEURS

- D. Lequet-Slama et M. Duriez, *Désengagement des institutions dans le financement de la protection sociale maladie et inégalités d'accès aux soins*, Commission des Communautés européennes, 1990.
D. Lequet-Slama et M. Duriez, *Convergence des politiques de maîtrise des dépenses de santé et inégalités d'accès aux soins*, Commission des Communautés européennes, 1991.
D. Lequet-Slama et M. Duriez, *Prise en charge de l'alcoolisme en Europe, indicateurs d'évaluation*, Commission des Communautés européennes, 1991.
M. Duriez, *La recherche en économie de la santé en France et en Allemagne*, CIRAC, 1992.
M. Duriez et S. Sandier, *Le système de santé en France. Organisation et fonctionnement*, CREDES, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, 1993.
M. Duriez, P.-J. Lancry, D. Lequet-Slama, S. Sandier, *Le système de santé en France*, PUF, « Que sais-je ? », n° 3066, 1996.

ISBN 2 13 048879 X

Dépot légal — 1^{re} édition : 1998, mai
© Presses Universitaires de France, 1998
108, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris

Introduction

LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE SANTÉ DE L'UNION EUROPÉENNE

En Europe, les systèmes de santé et de protection sociale maladie se sont inspirés dans leurs fondements de deux idéologies différentes. Dans l'option bismarckienne, la protection maladie est liée au travail et financée par des cotisations. Dans l'option développée par lord Beveridge dès 1942, l'accès aux soins est universel et les services financés par l'impôt.

En réalité, au fil des ans, les différences entre les deux modèles se sont largement estompées sous l'influence de l'évolution sociale.

Dans la pratique, on peut distinguer au sein de l'Union européenne, trois grandes catégories de systèmes de santé, les premiers articulés autour de caisses d'assurance maladie sous tutelle de l'État, les services nationaux de santé d'Europe du Nord et les systèmes mixtes d'Europe du Sud.

1. Les systèmes articulés autour de caisses d'assurance maladie sous tutelle de l'État (*Allemagne, Autriche, Belgique, France, Luxembourg, Pays-Bas*).
— Ce type de systèmes s'observe dans des pays de protection sociale ancienne, d'inspiration bismarckienne. Dans cette conception, l'État est investi du devoir d'as-

sur le « bien-être » de ses membres mais le bénéfice de l'assurance maladie est lié au travail. La nécessaire appartenance à une catégorie professionnelle pour bénéficier de la protection sociale maladie s'est toutefois atténuée à partir des années 70, au profit d'une généralisation à l'ensemble des résidents. L'assurance maladie universelle liée à une caisse unique, programmée dans la réforme « Juppé », en France, s'éloigne définitivement de cette inspiration.

Dans de tels systèmes, tutelle et financeurs ont des rôles distincts.

2. Les services nationaux de santé d'Europe du Nord (*Danemark, Grande-Bretagne, Finlande, Irlande, Suède*). — Les services nationaux de santé d'Europe du Nord constituent une deuxième catégorie de système où tutelle et financement sont assumés par la même instance administrative. Ils se fondent sur les principes beveridgiens d'accès universel aux soins et de fiscalisation des dépenses de santé. Il s'agit de systèmes créés au milieu du XX^e siècle d'inspiration sociale-démocrate.

Le modèle de service national de santé, mis en place après-guerre, en Grande-Bretagne, s'est imposé progressivement en Irlande et dans les pays du nord de l'Europe (Finlande, Suède, Danemark). Certaines dispositions atténuent parfois les principes d'égalité d'accès. De plus, la réforme britannique de 1989 et les projets finlandais et suédois infléchissent sensiblement les procédures de répartition du budget santé en introduisant des mécanismes de concurrence interne.

3. Les services de santé mixtes des pays du sud de l'Europe (*Italie, Grèce, Espagne, Portugal*). — Les services nationaux de santé des pays du sud de l'Europe sont plus difficiles à caractériser dans une catégorie

homogène. Instaurés entre la fin des années 70 et le milieu des années 80 sur une base beveridgienne, ils se sont greffés sur des mosaïques de régimes et mutuelles déjà en place.

Le choix de créer un service national de santé était idéologique. Il résultait d'une réaction contre des régimes sociaux antérieurs souvent fondés sur un mutualisme qui favorisait certaines catégories de population et n'avait pas vocation à s'étendre à l'ensemble de la population. Il répondait aussi à la nécessité de mettre en place un programme de développement des structures sanitaires et de protection universelle de la population, particulièrement en Espagne, en Grèce et au Portugal. En Italie, il s'agissait, à la fin des années 70, de retrouver une cohésion nationale en une période d'essoufflement économique et de troubles politiques.

L'instauration de ces systèmes de santé et de protection sociale à une période de forte dépression économique devait très rapidement constituer un obstacle important à leur réalisation. Il en est résulté des systèmes hybrides qui, tout en confirmant les structures d'un service national, ont laissé subsister certains régimes particuliers de sécurité sociale.

Les responsables politiques de ces pays tentent depuis quelques années de revenir sur la générosité de systèmes de protection sociale que les conditions économiques ne peuvent plus garantir. Le danger de telles orientations est de voir s'atténuer progressivement les principes fondamentaux d'universalité et d'équité dans l'accès aux soins.

Chapitre I

ALLEMAGNE, UN SYSTÈME CENTRÉ SUR LA SANTÉ FINANCIÈRE DES CAISSES

Le système de santé allemand est structuré autour de régimes d'assurance maladie fondés sur l'appartenance professionnelle. Les caisses sont gérées paritaires. Elles sont responsables financièrement et fixent leurs taux de cotisation. La réforme Seehofer, adoptée fin 1992, modifie sensiblement les principes originels de fonctionnement.

La conception fédérale de l'État se retrouve dans l'organisation du système de santé. Il existe un partage de compétences entre l'État central et les Länder (régions) en matière de santé publique.

À la suite de la réunification des deux Allemagnes, le modèle de financement et d'organisation des soins de l'Allemagne de l'Ouest a été directement appliqué à l'Est où s'était mis en place un service national de santé de type soviétique.

Bref historique. — C'est en Allemagne, dès 1883, sous l'impulsion du chancelier Bismarck qu'est créée la première assurance maladie, au profit des ouvriers de l'industrie disposant d'un salaire inférieur à un certain seuil. Le Code impérial des assurances sociales, adopté en 1911, constitue l'événement majeur de l'histoire des assurances sociales.

En 1924, des mesures visant l'organisation du système sont prises : concentration des caisses maladie, réglementation des

duits auxquels s'applique un forfait de remboursement ne font pas l'objet d'une participation financière des malades. Le pharmacien d'officine a le droit de substituer au médicament prescrit un médicament moins cher.

La réforme est essentiellement gestionnaire. Elle ne s'attaque pas aux problèmes structurels du système de santé : absence de compensation financière entre les caisses de sécurité sociale qui entraîne de forts écarts entre le montant des cotisations des assurés selon les régions et le type de caisses, démographie médicale non contenue, absence de coordination entre ambulatoire et hospitalisation, dualité du financement des hôpitaux par la sécurité sociale et les Länder.

La réforme *Seeltofer*, adoptée le 20 décembre 1992, comprend deux types de mesures : des mesures d'urgence comme la budgétisation des honoraires médicaux, la fixation d'un budget de prescription pour les médecins et les hôpitaux, qui s'inscrivent dans la continuité de la loi Blüm, et trois réformes structurelles. Ces dernières sont mises en place par étapes. Elles concernent le financement des hôpitaux, la mise en place d'une coordination entre médecine ambulatoire et hospitalière associée à une rationalisation entre différentes spécialités et enfin l'instauration d'une concurrence entre caisses maladie.

Ces mesures ne sont pas uniquement guidées, comme les réformes antérieures, par la recherche d'un équilibre comptable des caisses maladie. Elles visent une stabilité du système à long terme en agissant sur les facteurs de blocages.

L'administration du système de santé

La conception fédérale de l'État allemand se retrouve dans l'organisation et la gestion du système de santé. Il existe un partage de compétences entre l'État fédéral et les Länder.

rapports entre médecins et organismes de protection maladie, création des associations de médecins, interlocuteurs obligés des caisses.

Après l'intermède du III^e reich, période marquée par une régression tant en matière de couverture sociale que de participation des salariés, le Bundestag de la République fédérale rétablit, en 1951, les institutions gestionnaires et notamment la règle du paritarisme de gestion des organismes d'assurance. La législation ultérieure généralise le bénéfice de la protection maladie et harmonise les prestations servies entre les différents groupes socio-professionnels.

En 1977, l'Allemagne est le premier pays à instaurer une politique globale de maîtrise des dépenses de santé. Une instance spécifique est créée, l'*Action concertée*, réunissant l'ensemble des acteurs et des corps constitués concernés par la santé. Essentiellement indicatives, les recommandations prises par cette instance n'ont aucun caractère obligatoire. Leur efficacité ne dépend que de la force du consensus dégagé. L'instauration de cette conférence s'est inscrite dans le contexte propre à la République fédérale où la concertation entre partenaires, sans l'intervention des instances fédérales, s'est érigée en principe et constitue un rouage institutionnel essentiel de la résolution des problèmes économiques et sociaux.

Le motif premier de la politique instaurée en 1977 se réfère à la volonté de garantir l'équilibre comptable de l'assurance maladie afin de préserver la stabilité des taux de cotisation et donc, d'assurer un niveau de charges sociales économiquement acceptable pour les entreprises. Après des premiers résultats prometteurs, certaines dérives sont apparues, conduisant à l'adoption de mesures sporadiques (gel des rémunérations et des prix, augmentation de la participation financière des malades).

Les réformes récentes. — Bien qu'elle se situe dans la lignée des politiques antérieures, la réforme Blüm, adoptée en 1989, est par certains aspects, en rupture avec certains principes sur lesquels s'appuyait jusque-là le système de santé.

Ainsi en est-il de l'institution de tickets modérateurs pour plusieurs catégories de dépenses. La prise en charge des médicaments par l'assurance maladie est un des points importants du plan de Norbert Blüm avec l'instauration d'un système forfaitaire (Festbetrag). Les pro-

- 7 millions sont assurées auprès de compagnies privées ;
- 2 millions de personnes relèvent de régimes spéciaux.

Un des grands principes du système allemand est l'autonomie de gestion de l'assurance maladie. Ce principe implique que chaque caisse soit responsable de son propre équilibre comptable. Ainsi, le taux varie en fonction des dépenses et des recettes de l'exercice précédent. L'usager bénéficie du tiers payant. Des tickets modérateurs sont appliqués aux biens médicaux, aux cures et aux soins d'auxiliaires médicaux.

Il existe huit régimes d'assurance maladie constitués d'une multitude de caisses, bien que de nombreuses fusions aient eu lieu depuis la mise en place de la réforme Seehofer. Les quatre principaux régimes sont le régime général ou régime des caisses locales d'assurance maladie (AOK), les caisses maladie d'entreprises (BKK), des artisans et commerçants (IKK), et le régime des caisses agricoles (LKK).

Les prestations sont intégralement financées par les cotisations, prélevées à part égale entre employeurs et employés. L'État ne subventionne que les chômeurs et exceptionnellement, les régimes en déficit démographique (agriculteurs et mineurs). En 1994, le taux moyen de cotisation s'élevait à 13,5% du salaire à l'ouest et à 12,5% à l'est. Jusqu'à cette date, on a pu observer de grands écarts entre les taux pratiqués, selon les caisses et selon les régimes. La réforme Seehofer a mis en place, depuis, un système de compensation et introduit le principe d'une concurrence en 1996. Les différences de conditions légales entre les organismes sont abolies.

Au niveau fédéral, le ministère de la Santé est responsable de la santé publique, de la formation et des conditions d'exercice des professions de santé, de l'organisation et de la tutelle de l'assurance maladie, de la législation relative aux médicaments, des principes de fonctionnement des hôpitaux.

Au niveau régional, chaque Land possède son « gouvernement interne » intégrant, en particulier, un ministre de la Santé, compétent en matière d'adaptation des directives fédérales. Par ailleurs, les prérogatives en matière de politique d'investissements hospitaliers, lits et plateaux techniques étaient, jusqu'en 1996, du ressort exclusif de la région.

Si l'État assume son rôle régalien en matière de santé publique et d'organisation générale, la gestion des caisses maladie est sous la responsabilité des partenaires sociaux. Les prestations médicales et leur rémunération sont organisées par les associations de caisses et unions professionnelles de praticiens ou établissements hospitaliers.

L'assurance maladie

L'assurance maladie n'est obligatoire que jusqu'à un certain seuil de revenu (64 080 DM en 1995). Les salariés dont le revenu dépasse ce seuil, les fonctionnaires et professions libérales ont la liberté de s'affilier soit à une caisse du régime légal d'assurance maladie, soit auprès d'une caisse d'assurance privée (PKV). En 1995, 81 millions de personnes bénéficient d'une assurance maladie :

- 72 millions sont affiliés à un régime de l'assurance légale maladie. Celle-ci est organisée en caisses de statuts différents, régionales, professionnelles et d'entreprises ;

L'offre de biens et de services médicaux

2,2 millions de personnes étaient employées dans le domaine de la santé en 1996.

Les professions de santé. — *Les médecins* sont des «médecins de caisses». La densité médicale est de 1 médecin pour 300 habitants à l'ouest, et de 1 pour 360 à l'est. A l'ouest, environ 89 000 médecins ont une pratique de ville, 104 000 exercent à l'hôpital et 24 000 sont dans l'administration ou l'industrie. A l'est, 19 000 médecins exercent en ambulatoire, 21 000 à l'hôpital et 4 000 dans les autres secteurs.

Les médecins de premier recours ou médecins de famille comprennent les généralistes, les médecins sous formation spéciale, les praticiens de médecine interne et les pédiatres. Ces deux dernières catégories doivent choisir entre exercer comme médecin de famille ou spécialiste. La loi Seehofer délimite le domaine d'activité de ces deux types d'exercice. Le médecin de famille, agréé par des comités paritaires composés de praticiens et représentants de caisses, n'a plus le droit de fournir des prestations spécialisées. Les spécialistes ne doivent pas faire de médecine générale. L'installation comme médecin de famille est subordonnée à une formation continue en trois ans.

L'assuré doit s'inscrire auprès d'un médecin pour une durée d'un an minimum.

Les médecins spécialistes peuvent exercer en cabinet ou à l'hôpital. Le rapport entre spécialistes et généralistes s'est modifié depuis vingt ans en faveur des premiers.

La réforme Seehofer a fortement limité la liberté d'installation des médecins. L'attribution des places de médecins libérées est réglementée en tenant compte des listes d'attente, des intérêts des cabinets

médicaux déjà en place. A partir de 1999, des restrictions légales seront mises en place. Les autorisations seront déterminées par une analyse des besoins. Elles prendront fin automatiquement lorsque le praticien atteindra 68 ans. Si le nombre de places fixé par le comité paritaire est dépassé de plus de 10%, on considérera qu'il y a suréquipement.

Chaque médecin est rémunéré à l'acte par les Unions professionnelles de médecins qui répartissent, chaque trimestre, entre leurs membres, l'enveloppe accordée par les caisses maladie. Il se voit fixer, en outre, un montant maximum de prescriptions pharmaceutiques et de biologie.

Les chirurgiens-dentistes peuvent également être intégrés dans le système en tant que dentistes de caisses. Ils étaient environ 56 000 en 1995, soit une densité de 1 dentiste pour 1 250 habitants à l'ouest et de 1 pour 1 350 habitants à l'est.

Les infirmiers et sages-femmes exercent en quasi-totalité à l'hôpital.

Les hôpitaux. — Entre 1,2 et 1,3 million de personnes travaillent dans le secteur hospitalier.

Les hôpitaux peuvent être publics, privés à but non lucratif ou privés lucratifs. La capacité est de 657 000 lits à l'ouest et 140 000 lits à l'est. 80 000 lits environ sont estimés excédentaires. Les deux tiers des hôpitaux sont des hôpitaux généraux. La densité en lits est de 8 pour 1 000 habitants. Le taux d'occupation moyen est assez élevé (81%).

Depuis la réforme de 1992, les médecins hospitaliers ayant une qualification spéciale sont autorisés par la loi à fournir des prestations ambulatoires hautement spécialisées. Les hôpitaux sont agrées pour les opérations ambulatoires et pour les soins pré- et post-stationnaires.

En matière de *financement*, l'hospitalisation s'est toujours située en marge des diverses politiques de maîtrise des dépenses. Les difficultés rencontrées ont été générées par l'opposition entre médecine hospitalière et médecine de ville et surtout, par le caractère dual du financement. En effet, les dépenses, de fonctionnement étaient assumées par l'assurance maladie, alors que les dépenses d'investissements étaient du ressort des Länder. Le conflit d'intérêts était permanent entre les deux instances. L'inflation spécifique du secteur hospitalier a été, de plus, accentuée par le principe d'un financement basé sur un prix de journée moyen unique, fixé au niveau du Land.

Les principes de la réforme hospitalière de 1992 ne se sont appliqués à l'ensemble des établissements qu'en 1996. Les prix doivent désormais se fonder sur l'évaluation des prestations médicales. Le paiement se fait sur la base de *rémunérations forfaitaires* fixées au niveau de chaque Land. Il s'agit de forfaits globaux, couvrant toutes les prestations d'un type déterminé de traitement et de forfaits partiels rémunérant seulement les actes relatifs à une affection secondaire ou intervenant après un premier motif d'hospitalisation. Les hôpitaux ont le droit de réaliser des bénéfices. Les déficits ne sont plus couverts par les caisses d'assurance maladie. Le montant des prestations devient indépendant de la durée d'occupation. Les coûts d'investissement sont financés sur les forfaits par cas.

La liste des forfaits est établie au niveau fédéral par décret. A chacun des forfaits est affectée une valeur en points dont le montant est déterminé au niveau de chaque Land afin de tenir compte des spécificités régionales de coûts.

La pharmacie. — Les médicaments sont distribués par des officines de ville (1 pour 3 600 habitants

à l'ouest et 1 pour 6 400 à l'est) et des pharmacies hospitalières.

Les pharmaciens ont le droit, depuis 1989, de substituer un médicament moins cher à celui prescrit par le médecin. Ce droit doit favoriser la concurrence.

L'usager doit payer un ticket modérateur variable en fonction du conditionnement et du prix du produit.

L'industrie pharmaceutique est très puissante. Elle bénéficie d'une liberté de fixation des prix, fortement entravée toutefois par le système du forfait de remboursement, instauré par la réforme Blüm. Ces forfaits établis par une commission constituée de représentants des caisses, des médecins et de l'industrie pharmaceutique sont alignés, en pratique, sur le prix des génériques. Ils ne s'appliquent pas aux médicaments récents innovants afin de ne pas léser la recherche pharmaceutique.

Le nombre d'officines, entreprises libérales, est déterminé par des normes démographiques. Sur 200 000 pharmaciens, 118 000 travaillent en officines.

L'industrie pharmaceutique en France est très concentrée : 20 entreprises sur 300 assurent 46 % du chiffre d'affaires global.

Chapitre VIII

GRANDE-BRETAGNE, LA CONCURRENCE S'INTRODUIT DANS LE MODÈLE BEVERIDGIIEN

Le service national de santé anglais (National Health Service, NHS) remplit à la fois les fonctions d'assurance maladie et de prestataires de soins. Il dispose de la quasi-totalité des services sanitaires et se caractérise, en outre, par un financement quasi exclusif par l'impôt. Les relations entre gestionnaires, professionnels de santé, hôpitaux et usagers s'intègrent dans un système unique. Les médecins généralistes sont les pivots de l'orientation des patients vers les soins secondaires.

La réforme de 1991, dite réforme Thatcher, a modifié totalement la physiologie du NHS et les relations entre acteurs en introduisant des mécanismes de marché.

Bref historique. — En 1911, le *National Insurance Act* crée une protection pour les ouvriers de l'industrie disposant d'un salaire inférieur à un certain seuil.

L'idée d'un service national de santé ouvrant le droit de façon uniforme aux soins à tous les membres de la collectivité est conçue par Lord Beveridge en Grande-Bretagne dès 1942 mais il ne sera mis en place qu'en 1948.

En 1974, le service de santé est hiérarchisé en régions, zones, districts. En 1982, des autorités régionales sont instaurées, subordonnées en autorités sanitaires de district. En 1988, un ministère de la Santé à part entière est créé. La répartition des ressources collectées par l'impôt s'effectue en fonction des besoins, mesurés essentiellement par des critères démographiques et de morbidité.

Les dysfonctionnements dus à une bureaucratization excessive et aux difficultés d'allouer ces ressources de façon rationnelle et équitable ont, tout au long des années 70 et 80, nourri les critiques vis-à-vis d'un tel modèle.

La réforme Thatcher du NHS. — L'alternance politique à la fin des années 70 devait fournir l'occasion au gouvernement conservateur de tenter une réforme de fond. La réforme mise en place en 1991, inspirée du *Livre Blanc sur la santé* paru en 1989, introduit dans des structures demeurées entièrement publiques des mécanismes concurrentiels.

L'idée fondamentale est d'instaurer une séparation claire entre acheteurs et fournisseurs de soins, les premiers constitués par les autorités locales et les cabinets de groupes de généralistes, les seconds par les hôpitaux, devenus fondations autonomes, et les services de soins communautaires. Ces derniers réunissent les soins et visites à domicile, l'assistance médico-sociale. Les médecins généralistes peuvent, s'ils le souhaitent, devenir gestionnaires d'enveloppes budgétaires pour acheter des soins spécialisés à leurs patients.

Le nouveau système prévoit la négociation de conventions entre producteurs et acheteurs de services sanitaires. Une logique de concurrence est mise en œuvre. Le système reste financé par l'impôt et demeure gratuit pour les patients. Les mécanismes de concurrence sont introduits dans un *marché* qualifié d'*interne* du fait que la dépense totale est prédéterminée et contrôlée et que offreurs et décideurs sont des organes du système lui-même.

La réforme encourage, enfin, une régulation contractuelle entre secteurs public et privé.

Le bilan après six ans d'application de la réforme est contrasté. Des interrogations demeurent. Le système s'est-il réellement inscrit dans un modèle de marché interne ? Les autorités locales et les hôpitaux dispo-

sent-ils des instruments et des méthodes nécessaires pour instaurer un système de prix ? Qui, dans ce nouveau système, a la légitimité pour déterminer le niveau des besoins de santé de la population ?

L'administration du système de santé

Au niveau central, le Parlement vote les ressources fiscales affectées à la santé en fonction des objectifs sanitaires.

Le rôle de l'autorité centrale a été considérablement modifié depuis la réforme de 1991 puisqu'elle est le principal garant des relations contractuelles entre offreurs et financeurs de soins.

Le secrétariat d'État chargé de la Santé, assisté par le *département de la Santé*, définit les orientations ainsi que les priorités en la matière et élabore des standards de qualité intégrables aux conventions passées entre acheteurs et prestataires de soins. Il a développé ces dernières années une politique d'évaluation. Le secrétariat d'État veille également à la réduction des inégalités de santé. Particulièrement critiqués sur ce point, les pouvoirs publics ont arrêté des lignes d'action prioritaires.

Le secrétariat d'État à la santé fixe enfin le taux de profit maximum que les laboratoires pharmaceutiques sont autorisés à atteindre par négociations bilatérales.

Au niveau régional et local, à la structure hiérarchique entre autorités régionales de santé et autorités de districts s'est substituée une distinction fonctionnelle.

— Sous la tutelle du ministère de la Santé des autorités régionales, au nombre de 8 depuis 1994, les *NHS executive Regional Offices* supervisent les programmes d'achat et les plans d'investissement des autorités de district et de médecine de famille (Family Health Services Authorities — FHSA).

— *Les autorités de districts (DHA)*, au nombre de 145 depuis 1993, sont des conseils départementaux pour la santé. Avant 1991, les districts planifiaient la gestion quotidienne des hôpitaux. Depuis, leur rôle est « d'acheter », pour la population qu'ils couvrent, des soins hospitaliers et de spécialités, prescrits par les médecins généralistes non détenteurs d'enveloppes budgétaires. Ils identifient les besoins locaux en matière de santé et déterminent les priorités, en liaison avec les autorités de médecine de famille, les FHSA.

— *Les FHSA* disposent d'un pouvoir d'évaluation et de contrôle des coûts et des pratiques médicales des médecins généralistes, particulièrement dans le domaine des prescriptions pharmaceutiques. Elles sont responsables de la régulation et de la gestion des services rendus par les généralistes, dentistes, opticiens et pharmaciens.

L'assurance privée

Le NHS offre la gratuité des soins ambulatoires et hospitaliers à tout résident.

12% de la population, soit 3,3 millions de personnes, ont une assurance privée qui concerne quasi exclusivement l'hospitalisation privée.

95% du marché de l'assurance maladie commerciale sont concentrés sur trois compagnies dont la principale est la *British United Provident Association (BUPA)*. Ces compagnies ont leurs propres structures de soins et signent, depuis la réforme, des conventions d'association avec les hôpitaux autonomes du NHS.

Les assurances privées se sont développées à la fin des années 70 en réaction contre les défaillances du NHS et en raison des incitations fiscales en faveur des personnes âgées qui souscrivaient à des assurances santé.

L'offre de biens et services médicaux

Les professionnels de santé. — La densité médicale est de 6,0 généralistes et de 9,3 spécialistes pour 10 000 habitants.

Les médecins généralistes sont les pivots du système de santé puisque l'accès aux soins secondaires ne peut s'effectuer que par leur intermédiaire. On compte environ 35 000 médecins généralistes en 1996. Depuis la réforme initiée en 1990, les médecins généralistes appartenant à des cabinets de groupe et ayant une clientèle dépassant un certain seuil (7 000 patients inscrits) peuvent, ainsi qu'il a été dit ci-dessus, devenir détenteurs d'enveloppes budgétaires autonomes pour « acheter » des soins hospitaliers ou de spécialistes pour leurs patients (Fund Holders).

L'objectif d'une telle réforme est de faire jouer la concurrence entre les structures de soins hospitaliers. En 1995, plus d'un tiers des généralistes sont devenus « Fund Holders ». L'arrivée au pouvoir des travaillistes, en mai 1997, risque de remettre en cause cette fonction.

Les rémunérations des praticiens se composent d'une rémunération de base et d'un taux *pro capita* en fonction du nombre de personnes inscrites. Chaque personne a la possibilité de s'inscrire librement chez le généraliste de son choix pour une durée minimale d'un an. La part des rémunérations par capitation représente environ 60% du revenu du médecin. Des primes supplémentaires sont accordées aux praticiens s'ils atteignent les objectifs fixés en matière de prévention.

54 000 *médecins spécialistes* exercent comme salariés d'un hôpital. Jusqu'à une époque récente, seuls les médecins généralistes travaillaient en ambulatoire et les spécialistes uniquement à l'hôpital. Le développement de consortiums de médecins généralistes a modifié les rapports avec les spécialistes hospitaliers qui

acceptent aujourd'hui parfois d'assurer des consultations externes de dispensaires tout en restant dépendants de l'hôpital.

Les *chirurgiens-dentistes* et les *pharmaciens* sont des professionnels de santé indépendants qui passent des conventions avec les FHSA.

Les hôpitaux. — Depuis la réforme Thatcher, 96 % des hôpitaux sont devenus, par vagues successives, des fondations autonomes (Trusts). Ils ont désormais la capacité de disposer de leurs actifs, de leurs excédents et d'emprunter librement jusqu'à un certain plafond annuel. Les Trusts ont une direction indépendante, souvent composée de dirigeants venus du secteur privé. Les hôpitaux jouissent d'une relative autonomie dans le choix des activités, bien qu'ils soient tenus d'assurer les services de base, et sont compétents pour gérer leurs personnels.

Les hôpitaux autonomes tirent leurs ressources des contrats passés avec les autorités locales de santé (DHA), les généralistes gestionnaires d'enveloppes budgétaires, et enfin les sociétés d'assurances privées médicales. Comme les médecins, les hôpitaux sont à la fois plus indépendants et plus surveillés dans le nouveau système. L'État tente, en effet, de mettre un terme aux activités des structures peu rentables. L'efficacité des hôpitaux est mesurée selon une série d'indicateurs de performance.

Les hôpitaux appartiennent en quasi-totalité au service national de santé. Des lits privés existent au sein des structures publiques. Le secteur hospitalier privé reste marginal (10 000 lits) bien qu'il ait eu tendance à s'étendre au cours des dernières années.

En 1994, le parc hospitalier était évalué à 230 000 lits. En neuf ans, 118 000 lits ont été supprimés. Ce mouvement s'est poursuivi avec le développe-

ment des alternatives substitutives à l'hospitalisation complète. Le dernier gouvernement conservateur avait chiffré à 40 % la réduction des capacités en soins aigus induite à court terme par cette évolution.

Augmentation de l'activité, réduction substantielle de la durée moyenne de séjour (quinze jours en 1985, huit en 1995), recours accentué à l'hospitalisation de jour sont les évolutions majeures observées sur les quatre dernières années. Ainsi, le nombre de cas traités en chirurgie de jour est passé de 400 000 à 1,8 million.

L'hôpital apparaît de plus en plus centré sur les soins de court séjour. La gériatrie et surtout les maladies mentales sont traitées principalement dans le cadre des soins communautaires.

Le problème principal reste la persistance des listes d'attente. La charte des patients, adoptée en 1992, donne certaines garanties aux usagers en matière de délais qui ne doivent plus excéder deux ans et reconnaît les droits des malades.

La structure du personnel a sensiblement évolué durant les dix dernières années. Si la part des médecins croît régulièrement (de 4,5 % du total des emplois en 1985 à 5,9 % en 1995), celle des infirmières tend à diminuer (de 51 % à 48,8 %). La baisse est nettement plus sensible pour le personnel de service (- 50 %), conséquence d'un recours accru à la sous-traitance. Plus d'un emploi sur cinq en 1995 contre un sur vingt en 1985 concerne la gestion.

La pharmacie. — Les officines (environ 12 000) n'ont pas le monopole de la distribution pharmaceutique. Certains produits peuvent être vendus aussi bien en officine que dans un autre lieu commercial. Les médicaments vendus hors officine représentent environ 6 % des ventes.

Le NHS prend en charge l'ensemble de la dépense médicamenteuse sur prescriptions. 75 % de cette dépense découlent des prescriptions des médecins généralistes, 20 % de la pharmacie délivrée à l'hôpital et 5 % des médecins pharmaciens. La politique de maîtrise des dépenses pharmaceutiques a été efficace. Les pharmaciens ont le droit de substituer un médicament générique au produit prescrit. Une liste limitative des médicaments pris en charge existe.

Le prix des médicaments n'est pas un prix administré mais négocié entre le gouvernement et chaque laboratoire. Il est fixé en fonction de l'évolution autorisée de la marge bénéficiaire. Toute entreprise qui dépasse la marge autorisée doit soit baisser ses prix, soit restituer au NHS la différence.

Chapitre IX

GRÈCE, UN SERVICE NATIONAL DE SANTÉ ASSOCIÉ À UNE MOSAÏQUE DE RÉGIMES

Le système de santé grec est fondé sur les principes beveridgiens d'accès universel aux soins. Créé en 1983, le service national de santé n'a pas réussi actuellement à satisfaire les objectifs affichés lors de sa constitution, malgré des programmes très ambitieux de développement de structures.

L'unification recherchée n'a pas été réalisée. Certains régimes d'assurance maladie antérieurs ont subsisté. Par ailleurs, les carences du secteur public ont généré un fort développement du secteur privé lucratif. Plus de 40 % des dépenses de santé sont ainsi financées par les malades et les assurances privées.

Bref historique — Lors de l'établissement du premier ministère d'Hygiène et des Affaires sociales en 1922, à peine 10 % de la population grecque disposaient d'une couverture maladie. Le premier système global d'assurance maladie, l'IKA, voit le jour en 1934 mais il ne concerne que les salariés des zones urbaines et les entreprises d'une certaine taille (plus de 70 employés).

Durant les années 60 et 70, des établissements financiers et des banques se mettent à créer leurs propres réseaux d'assurance dont l'audience reste, cependant, très limitée puisque moins de 5 % de la population y adhèrent. A partir de 1974 et surtout après 1981, l'assurance maladie se développe fortement.

Hôpitaux publics généraux et « volontaires » ont des lits privés.

Il existe, par ailleurs, des *structures hospitalières privées* ne participant pas au service public.

En 1994, il y avait 104 hôpitaux participant au service national de santé, d'une capacité en lits de 13 800, soit 1 lit pour 293 habitants. Au sein du secteur public hospitalier, 59 % des lits appartiennent à des structures gérées directement par les autorités de santé, 41 % à des hôpitaux dits « volontaires ». En dix ans, le nombre de lits en soins aigus a diminué de près de 30 %.

Tous les hôpitaux, à l'exception des hôpitaux lucratifs, sont financés par les autorités régionales de santé, par budget global. Les principes d'une gestion et d'un paiement des établissements fondés sur la procédure des groupes homogènes de malades sont appliqués progressivement.

La pharmacie. — 1 130 officines étaient en fonction en 1995, toutes quasiment conventionnées avec le service national de santé.

Le pharmacien ne peut substituer un produit à un autre, sauf si le médicament prescrit n'est pas inscrit sur la liste des produits pris en charge. Il peut par contre fractionner le conditionnement.

L'Office national de la pharmacie, sous tutelle du département de santé, est responsable de la distribution et de la mise sur le marché d'un médicament. Les prix des produits pris en charge par le service national de santé sont régulés par accord entre le ministère et l'industrie chimique. L'industrie pharmaceutique locale ne couvre que 5 % des besoins du pays. Elle s'est spécialisée dans la transformation des produits de base.

Chapitre XI

ITALIE, LE POLITIQUE MARQUE LE PAS

Le service national de santé, constitué en 1978 durant la période du compromis historique entre les différents partis démocratiques, a longtemps été investi par les politiques. Les réformes récentes ont tenté de remédier à cet état de fait en introduisant une coupure entre les responsabilités politiques et celles relevant de la gestion.

L'insuffisante réponse des structures sanitaires aux besoins exprimés a nourri les réflexions depuis plus d'une dizaine d'années.

L'Italie est engagée aujourd'hui dans un processus accentué de décentralisation des responsabilités dans le secteur de la santé.

Bref historique. — Au XIX^e siècle, des mutuelles, fonctionnant sur le principe d'une adhésion volontaire, fournissaient des prestations d'assurance maladie. Dans le secteur industriel, ces mutuelles se transformèrent progressivement en caisses d'entraides qui se fédérèrent pendant la deuxième guerre mondiale au sein d'une instance centrale, l'Institut national de l'assurance maladie.

Au milieu des années 70, une centaine de caisses d'assurance maladie coexistaient. Les prestataires de soins étaient conventionnés avec les différentes caisses.

Né en 1978, le service national de santé italien affirme son unité. Il est fortement imprégné de l'atmosphère née du compromis historique, signé le 20 juin 1976 par l'ensemble des partis non extrémistes, sur la réalisation d'un projet politique commun.

La réforme attribue un rôle essentiel aux responsables politiques dans la direction des unités sanitaires locales (USL), clé de voûte de toute l'organisation.

La réforme de 1992. — Une importante réforme du service national de santé a été adoptée en décembre 1992 et a été ensuite complétée dans les années suivantes. Elle entre en vigueur très progressivement depuis 1995.

Les dispositions essentielles concernent la régionalisation du financement des soins de santé et l'instauration de modèles de concurrence. Les grands hôpitaux acquièrent un statut d'autonomie. Les régions sont désormais pleinement responsables de leurs dépenses et de leurs recettes en matière de santé. Elles peuvent offrir des prestations supérieures à celles prises en charge au niveau national.

La loi introduit le principe de concurrence. Les régions sont libres de choisir entre trois modèles : le contrat ponctuel, le prestataire individuel et le plan d'activité. Dans le contrat ponctuel, le patient sera totalement libre de s'adresser à n'importe quel prestataire de soins, public ou privé, conventionné avec le service national de santé, l'unité sanitaire locale jouant simplement un rôle de payeur. Dans le deuxième modèle, les USL passent des contrats avec des prestataires préférentiels. L'utilisateur ne peut s'adresser gratuitement qu'à ces derniers. Dans le troisième, chaque USL négocie un plan d'activité annuel avec ses propres hôpitaux et centres de soins ambulatoires ainsi qu'avec des prestataires privés, éventuellement.

Ces dispositions doivent, en principe, être pleinement opérationnelles à la fin de 1997 mais beaucoup de régions ne semblent pas encore prêtes à les mettre en œuvre.

L'administration de la santé

Au niveau central, le *ministère chargé de la Santé* arrête les objectifs et les priorités nationales. Il détermine le degré de prise en charge de la population par le

service national de santé et répartit l'enveloppe de financement entre les régions selon une formule de quota par habitant. Il est garant de la bonne distribution des services sur l'ensemble du territoire. Le *Conseil supérieur de santé* est consulté sur le choix des priorités de santé publique.

Le niveau régional, qui avait déjà, de par la loi de 1978, une importante autonomie, a vu ses pouvoirs sensiblement renforcés par la réforme de 1992. Les régions collectent désormais les cotisations obligatoires et peuvent fixer des taux de cotisations et des montants de tickets modérateurs plus élevés que ceux prévus dans des limites imposées par la législation. Elles sont responsables de la planification, de l'organisation des soins et répartissent les enveloppes financières entre les unités sanitaires locales et les hôpitaux autonomes.

Les Unités sanitaires locales (USL) sont responsables de la fourniture des soins à la population, directement par leurs propres structures sanitaires ou indirectement en passant des conventions avec certains hôpitaux et services publics ou privés. Leur nombre a été sensiblement réduit, de 651 en 1978 à 228 aujourd'hui.

En principe, le *district* est le niveau fonctionnel des USL qui fournit les soins de base et coordonne leur activité. Il doit favoriser l'intégration entre soins de base et soins ambulatoires. En l'absence de règles précises au niveau national, certaines régions ne se sont pas dotées de cette instance.

L'offre de biens et services médicaux

Près de 700 000 personnes sont employées par le service national de santé. Les médecins représentent environ 13% de l'ensemble, les infirmiers et les sages-femmes, un peu plus de 37%. Le corps médical connaît

un fort taux de chômage. La sélection à l'entrée des études médicales n'existe que depuis quelques années.

Les soins primaires. — Le développement des soins primaires a été un des objectifs principaux des réformes successives. En 1995, 51 000 médecins généralistes exerçaient dans ce secteur, soit une densité de 1 pour 1 000 habitants. Le nombre de pédiatres (6 250) est largement insuffisant puisque leur densité est de 0,6 pour 1 000 enfants.

Les *médecins généralistes* sont inégalement répartis sur le territoire. Ils sont plus concentrés dans le sud du pays. Ces médecins de premier recours sont encore marginalisés au sein du service national de santé, sans réelle participation à l'activité de l'USL et coopérant assez peu avec les médecins spécialistes. Ils sont rémunérés à la capitation.

Les soins primaires comprennent également les services de garde médicale qui fournissent les soins en urgence et hors heures légales.

La médecine spécialisée ambulatoire. — Peu de médecins spécialisés de ville sont employés du service sanitaire national.

Trois types de structures coexistent : les polydispensaires publics, les dispensaires hospitaliers publics et les dispensaires privés. La plupart ont été créées par les mutuelles, antérieurement à la création du service national de santé.

Les *médecins spécialistes intégrés au service de santé* peuvent exercer dans plusieurs centres à la fois et être médecins hospitaliers à temps partiel. Ils sont rémunérés à l'heure de travail. L'activité des spécialistes exerçant hors hôpital est essentiellement diagnostique.

Les *médecins spécialistes conventionnés externes* exercent en cabinet individuel ou en clinique privée. Ils sont

payés à l'acte sur la base d'un tarif conventionnel. Les cabinets individuels sont prépondérants dans les régions méridionales. Leur accès est, en principe, subordonné à une prescription du médecin généraliste.

L'hôpital. — L'offre hospitalière est constituée essentiellement de 990 structures publiques et de 656 cliniques privées conventionnées. Il existe, par ailleurs, 68 hôpitaux psychiatriques qui ont survécu à la loi préconisant leur suppression. 60% des hôpitaux sont des petites structures de moins de 200 lits. 70% des lits sont répartis en médecine et chirurgie.

La densité en lits est de 6,7 pour 1 000 habitants. La répartition est inégale sur le territoire. Elle varie de 5 lits pour 1 000 en Campanie à 8,3 dans le Latium.

Les régions du Sud et le Latium ont beaucoup plus recours au secteur privé que les autres régions. Les migrations de malades sont très importantes du sud vers le nord du pays. Les patients peuvent, en cas d'attente importante, s'adresser au secteur privé conventionné.

Dans le *secteur public*, les grands hôpitaux, au nombre de 55 actuellement, sont devenus des entreprises autonomes et gèrent librement leurs budgets depuis 1995. Les autres hôpitaux sont intégrés aux USL pour leur financement et leur gestion.

560 000 personnes sont employées dans le secteur public dont 17% de médecins et 44% d'infirmières.

Dans le *secteur privé*, on trouve, outre les cliniques conventionnées qui représentent 16% de l'ensemble du parc hospitalier, des hôpitaux privés dits « classés », en majorité confessionnels (à peine plus de 2% des lits).

2,5% des lits sont dans des instituts scientifiques publics ou privés qui développent des activités de recherche scientifique biomédicale.

Les médecins exerçant dans le secteur public hospitalier sont salariés. Un peu plus de la moitié d'entre

eux travaillent à temps plein. Les médecins à temps partiel sont autorisés à développer parallèlement une activité libérale.

Dans le secteur privé, les médecins sont rémunérés à l'acte. Les médecins à temps plein représentent un quart seulement du total des effectifs médicaux. Ce faible pourcentage est dû aux exonérations de cotisations sociales dont bénéficient les cliniques lorsqu'elles emploient des médecins qui ont, par ailleurs, une activité à l'hôpital.

Depuis 1997, le financement des hôpitaux se fait sur la base de tarifs spécifiques fondés sur une classification par groupes homogènes de malades (DRG). Environ 80 % des budgets des hôpitaux autonomes proviennent des régions qui leur versent un quota par malade. Le reste est couvert par des conventions avec les USL.

La pharmacie. — L'organisation du secteur pharmaceutique et de son financement est effectuée au niveau central. Les médicaments autorisés sont inscrits sur une liste. Leur prise en charge par le service national de santé est déterminée selon trois niveaux d'importance thérapeutique. Le montant du ticket modérateur pour les usagers peut varier selon les régions (40 %, 60 %, 100 % au niveau national).

Les prix des médicaments sont fixés par un comité *ad hoc*. Leur détermination est fondée sur l'analyse des coûts. Les coûts des matières premières et des salaires sont mesurés directement, ceux concernant la recherche, le développement et la promotion sont simplement évalués en pourcentage du prix final.

Les régions méridionales sont les plus fortes consommatrices en médicaments.

Chapitre XII

LUXEMBOURG, UN SYSTÈME PRIVÉ LIBÉRAL TRÈS RÉGLEMENTÉ

Le système de santé luxembourgeois est articulé autour de caisses de Sécurité sociale. Il est centralisé. Le contrôle de l'État s'exerce sur une offre de soins où le secteur privé joue un rôle prédominant. Si les médecins ont une pratique majoritairement libérale, ils ne peuvent toutefois exercer sans être conventionnés.

Quasiment toute la population bénéficie de l'assurance maladie publique.

Bref historique. — Le Luxembourg s'est inspiré dans son système de protection sociale de l'exemple de l'Allemagne. Entre 1901 et 1911 a été introduit un modèle de Sécurité sociale exclusivement réservé aux salariés, ouvriers et employés privés dont les revenus ne dépassaient pas un certain plafond. Ce n'est qu'en 1951 qu'est créée une assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et l'ensemble des salariés. Le système s'étend ensuite progressivement aux artisans, commerçants et industriels (1957), puis aux travailleurs agricoles et aux professions libérales en 1962 et 1964.

A partir de 1964, commence une phase d'harmonisation et d'amélioration. Les lois de réformes de 1974 uniformisent les conditions de financement et les prestations des différents régimes. En 1978, un taux de cotisation unique est adopté et un système de compensation entre les caisses, à l'exception de la caisse maladie agricole, est institué.

Chapitre XIII

PAYS-BAS, LA RÉVOLUTION LIBÉRALE

Le système de protection sociale maladie aux Pays-Bas associe les deux conceptions prédominantes en Europe de financement des soins, la conception britannique et la conception beveridgienne. Jusqu'à un certain seuil de revenus, les Néerlandais bénéficient d'un système de Sécurité sociale. Au-delà, seule l'adhésion à des assurances privées est possible. Pour les traitements longs et onéreux, une même assurance couvre tous les citoyens quel que soit leur niveau de revenu. Depuis 1992, le système était entré dans une phase de transition vers un modèle de concurrence régulée, inspiré du projet de réforme dit Dekker-Simons, du nom de ses promoteurs. Aujourd'hui, toutefois, ce processus de réforme semble bloqué.

Bref historique. — L'origine des caisses d'assurance maladie, aux Pays-Bas, remonte aux guildes du Moyen Âge. Les membres d'une guilde étaient couverts pour le paiement de leurs frais médicaux par des caisses de secours mutuels.

Au milieu du XIX^e siècle, des médecins émus par la misère de la population citadine créèrent des systèmes d'assurance volontaire dans quelques grandes villes. Sous l'influence des syndicats, ces caisses maladie essayèrent ensuite dans l'ensemble du pays. On ne comptait pas moins de 2 500 caisses dans les premières décennies du siècle. L'adhésion toutefois ne fut rendue obligatoire pour les salariés et leurs familles qu'en 1941. De 1941 à 1965, cette assurance gérée par les caisses maladie s'étend progressivement. Une

loi de 1964 tente d'unifier la législation. L'assurance est obligatoire pour les salariés et assimilés ainsi que pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Elle est volontaire pour les personnes n'appartenant à aucune de ces catégories. Un critère de revenu est défini. A la suite des difficultés financières croissantes des caisses de maladie, difficultés dues à la sélection des risques qui s'instaurait dans le cadre de l'assurance volontaire, cette dernière est supprimée en 1986 et transférée aux compagnies privées.

Parallèlement à cette législation touchant les caisses maladie est promulguée la loi du 14 décembre 1967 sur « les frais exceptionnels de maladie » (AWBZ) qui couvre les risques médicaux graves de l'ensemble de la population.

L'alourdissement des dépenses publiques de santé ainsi que la complexité croissante de la législation conduisent les responsables à s'interroger sur les modalités d'une réforme structurelle. En 1986, est publié le rapport Dekker.

La réforme Dekker-Simons. — Le rapport Dekker, propose certaines solutions particulièrement originales. Le nouveau modèle s'appuie sur un principe de concurrence généralisée mais tient compte néanmoins des impératifs de solidarité.

La réforme du système sanitaire, inspirée de ce rapport, est adoptée par le gouvernement le 4 mars 1988.

Dans le système proposé, toute la population doit avoir le même volant de protection sociale maladie obligatoire quel que soit le revenu. Les assurés cotisent, d'une part, sur le principe de la solidarité, à un Fonds central pour l'assurance de base (qui couvre environ 85 % des dépenses de santé). Ils versent, d'autre part, une prime variable à une caisse maladie pour une protection complémentaire. Les différences statutaires entre les caisses, publiques et privées, sont supprimées et la concurrence instaurée. Chaque assureur offre à ses adhérents la possibilité d'accéder à un réseau de soins qu'il constitue en négociant des conventions avec des professionnels de santé. L'assuré peut choisir librement son assureur en fonction des forfaits annuels qui lui sont proposés mais aussi de la qualité des prestations mises à sa disposition.

Pour le gouvernement, les avantages d'une telle réforme sont nombreux : réduction du rôle de l'État, plus grande responsabilité des institutions et des professionnels, régulation de la qualité assurée par les fédérations d'hôpitaux et les associations de médecins sous le contrôle des institutions, liberté de choix pour les assurés. Pour éviter qu'une sélection des risques ne s'instaure, l'assureur est obligé de demander à tous ses adhérents une même prime pour un même niveau de couverture. Il ne peut refuser un assuré. Le Fonds central alloue une prime d'ajustement en fonction des caractéristiques de la clientèle assurée.

Le processus de mise en œuvre de la réforme, après avoir adopté un rythme ralenti, semble aujourd'hui totalement arrêté. En mars 1995, le gouvernement a choisi de renoncer à l'idée d'un seul régime, pour garder le système dualiste, un régime couvrant les soins courants, un autre les grands risques (longue durée, psychiatrie) et l'aide sociale pour les personnes âgées. La couverture du gros risque resterait du ressort de l'État quant à son financement et sa gestion. Il ne s'inscrirait pas dans le secteur concurrentiel du projet Dekker-Simons.

En ce qui concerne l'hospitalisation, le gouvernement garde toute prérogative en matière de politique d'investissement et de régulation de l'offre. Par contre, les assureurs doivent couvrir le financement courant en se référant à l'efficacité des structures et en faisant jouer la concurrence. Le gouvernement s'est engagé à développer une politique anti-trust pour favoriser cette concurrence. Le Comité Biesheuvel, du nom du Premier ministre, a préconisé la participation de spécialistes en management pour la gestion des hôpitaux, la mise en place d'un système de bonus et d'indicateurs de performances. Depuis 1996, cent établissements expérimentent ces nouveaux instruments.

L'administration de la santé

Au niveau central, le ministère de la Santé et de la protection sociale assume l'essentiel des fonctions dévolues au gouvernement central. Il a un rôle important de réglementation concernant la programmation, le financement, les assurances sociales. Il détermine les orientations en matière de tarifs, de prix des biens, d'honoraires des professionnels exerçant dans le secteur. La qualité des soins rentre dans ses attributions essentielles. Le ministère est assisté dans ses tâches par cinq organismes consultatifs : le Conseil national de santé publique, le Conseil de santé, le Conseil national des caisses d'assurance maladie, l'Office central des tarifs sanitaires, le Conseil hospitalier.

Au niveau régional et local, les municipalités gèrent les services de santé qui sont financés par la fiscalité générale.

Les communes et les 12 provinces ont des pouvoirs importants en matière d'organisation des soins et sont les niveaux opérationnels des objectifs nationaux.

L'assurance maladie

Jusqu'à un certain seuil de revenus (fixé en 1995 à 58 950 florins pour les moins de 65 ans et à 30 900 pour les plus de 65 ans), les personnes ont une obligation d'assurance. Les personnes disposant de revenus supérieurs à ces seuils s'adressent à des compagnies d'assurance privées. Un peu plus de 60% de la population est couverte par le régime légal, 32% par des compagnies d'assurance privées et le reste par le régime particulier des fonctionnaires.

L'assurance maladie obligatoire est organisée selon deux modalités distinctes. Le système néerlandais

