

Les systèmes de santé étrangers



I. LA SANTE DANS LE TIERS-MONDE

A. ECONOMIE, DÉMOGRAPHIE ET SANTÉ DANS LE TIERS-MONDE

Apparemment homogène, le "Tiers-Monde" se caractérise par une grande diversité :

- **Diversité dans les niveaux, ressources et objectifs de développement** : pays les moins avancés, pays exportateurs de pétrole, groupe des 77, nouveaux pays industriels, pays du Sahel, Villes - Etats (Singapour, Hong-Kong,...), etc... Chaque situation est particulière. **Ceci n'empêche pas l'existence de problèmes de santé communs à beaucoup de pays** : malnutrition, hygiène, endémies "tropicales". Mais les solutions opérationnelles trouvent une expression différente en Afrique, en Amérique Latine ou au Maghreb.
- **Diversité des politiques sanitaires** : pays socialistes ou pays à économie de marché se donnent pour objectif d'assurer une bonne santé pour tous les citoyens. Quelques pays peuvent compter sur des ressources propres ; la plupart ont recours à l'aide internationale pour maintenir vaillamment un secteur considéré comme non productif. On trouve donc, selon les cas, un équilibre plus ou moins fragile et la plupart du temps artificiel entre secteur public, secteur privé à but non lucratif et secteur privé libéral.
- **Diversité des politiques professionnelles du secteur santé**. La "nationalisation" des professions de santé se fait avec plus ou moins de célérité : dans quelques pays, les personnels expatriés demeurent nombreux dans certaines spécialités. En ce qui concerne les médecins exerçant dans les villes, ils associent souvent pratique publique et pratique privée. Leur formation continue est rarement assurée ; l'information professionnelle est très inégalement développée. Il n'est pas rare de trouver des médecins nationaux "chômeurs" même dans les pays où la densité médicale apparaît très faible dans les statistiques officielles. La concentration des médecins dans les grandes villes et le manque de débouchés viables en zones rurales est pour partie à la source de ce phénomène paradoxal.

La possibilité d'atteindre les objectifs fixés dans le domaine sanitaire est subordonnée, pour une grande part, à des politiques menées en dehors du secteur santé, en particulier à celles qui concernent les revenus de la population, la production agricole, l'éducation, l'équipement des villes et des campagnes. De même, certains événements peuvent favoriser ou défavoriser les actions menées par les services de santé. Ainsi, dans le Tiers-Monde :

- La crise africaine: depuis 1980, en Afrique subsaharienne, le quart de la population doit sa nourriture aux importations de céréales, la production agricole étant plus faible qu'il y a 10 ou 20 ans selon les pays (érosion des sols, baisse des rendements, prix bas) ; la moitié de la population active est sous-employée ou au chômage.
- Les conflits armés et les guerres civiles : les effectifs des forces armées dans les années 80 sont supérieurs de 10 % environ à ceux de 1970 ; 10 à 15 millions de personnes sont réfugiées, dont la moitié sont des

enfants (environ 3000 nouveaux réfugiés par jour)¹ ; 5 millions sont situés en Afrique, soit 1 personne sur 100.

- L'urbanisation et les migrations : la part de la population urbaine a augmenté de 75% au cours des dix dernières années et, en Amérique, 71% de la population est urbanisée (Sao Paulo a 19 millions d'habitants, Mexico 16 millions d'habitants en 1990) ; les migrations internationales - réfugiés ou travailleurs immigrés - ont des conséquences importantes sur les plans familial, social et économique.
- Les disparités socio-économiques : près d'un milliard de personnes, essentiellement des ruraux, sont en proie à la misère (75% d'entre eux sont de petits agriculteurs ou des ouvriers agricoles sans terre).

La santé, la démographie et le développement sont ainsi étroitement liés.

En 1991, la population mondiale avait un effectif approximatif de 5,4 milliards d'habitants. Le taux de croissance est estimé à 1,7 % par an, les projections donnent 8,6 milliards d'habitants en 2025.

La moitié est répartie dans cinq pays (Chine, USA, Inde, Indonésie et URSS) ; si on ajoute les cinq pays qui viennent ensuite par ordre d'importance on arrive à près des deux tiers (63%) (Brésil, Japon, Pakistan, Bangladesh, Nigéria).

L'accroissement démographique est supérieur à 3% par an dans une trentaine de pays, ce qui implique un doublement de la population en une vingtaine d'années. Le décalage avec la superficie des terres disponibles est de plus en plus préoccupant : Bangladesh (810 habitants au km²), Corée du Sud (441 habitants par km²), Japon et Belgique (333 habitants par km²) Taiwan (641 habitants par km²).

Les taux globaux de fécondité² sont restés stables : ils n'ont diminué sensiblement qu'en Asie du Sud-Est, restant élevés en Afrique et au Moyen-Orient.

| | Taux global de fécondité, 1975-1985 ³ | | | | | |
|-----------|--|---------|----------|--------------|--------|-------|
| | Moyen-Orient | Afrique | Amérique | Asie Sud-Est | Europe | Monde |
| 1975-1980 | 6,3 | 6,6 | 3,4 | 5,1 | 2,4 | 3,9 |
| 1980-1985 | 6,0 | 6,6 | 3,2 | 4,5 | 2,3 | 3,5 |

La structure par âge a une influence sur l'organisation et l'utilisation des Services sanitaires et sociaux depuis le système scolaire jusqu'aux systèmes d'aide aux personnes âgées :

- les enfants à charge⁴ représentent une population très nombreuse en Afrique et en Méditerranée Orientale ;
- les personnes âgées à charge⁵ sont relativement nombreuses en Europe et en Amérique du Nord.

B. POLITIQUE ET SERVICES DE SANTÉ

L'objectif d'une politique de santé est d'améliorer la santé de la population, notamment à travers les services de santé. Malgré l'ampleur des problèmes de santé, peu d'importance avait été accordée, jusqu'à la fin des années 60, aux services de santé dans le cadre de la planification du développement. Cependant, quelques pays d'Amérique Latine et d'Asie réussissaient à élever substantiellement leur état de santé. Tirant la leçon de ces expériences, l'OMS et l'UNICEF élaboraient conjointement une stratégie de la santé pour tous : **les soins de santé primaires**.

¹Banque Mondiale, Rapport sur le développement dans le monde, Washington, 1982.

²ONU, World population prospects estimates and projections as assessed in 1982, New York, 1985

³Taux de fécondité = nombre moyen d'enfants qu'une femme aurait au cours de la période de procréation si la fécondité par âge conservait sa structure actuelle

⁴Nombre d'enfants de 0 à 14 ans pour 100 personnes en âge de travailler (15-64 ans).

⁵Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes en âge de travailler (15-64 ans).

1. Les soins de santé primaires

Il s'agit d'une stratégie de santé intégrée au développement socio-économique du pays et visant à assurer les soins essentiels de manière acceptable et accessible à tous les individus de la collectivité.

Huit composantes fondamentales ont été retenues :

- l'éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables,
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles,
- l'approvisionnement suffisant en eau saine et les mesures d'assainissement de base,
- la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale,
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses,
- la prévention et le contrôle des endémies locales,
- le traitement des maladies et lésions courantes,
- la fourniture des médicaments essentiels.

Ainsi, les **soins de santé primaires** ne sont pas seulement :

- des soins médicaux,
- des services de santé de première ligne.

Ils ont pour but d'atteindre toute la population, y compris les plus défavorisés ; ils sont conçus pour atteindre les gens chez eux, et pas seulement dans les dispensaires, et renforcer la maîtrise de la santé par les familles.

Dix ans après Alma-Ata (1978), malgré les difficultés rencontrées et au vu des résultats positifs déjà obtenus, l'engagement a été renouvelé pour atteindre "LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000". Il est proposé de :

- résoudre les problèmes les plus urgents,
- rechercher et mobiliser les leaders communautaires en matière de santé,
- promouvoir la participation et la prise de décision des gens en faveur de la santé,
- soutenir la collaboration entre le secteur santé et les autres secteurs du développement économique,
- planifier, préparer et soutenir les personnels de santé,
- assurer le développement et l'utilisation de la science et de la technologie appropriées.

2. Les services de santé

Dans le Tiers-Monde, les services de santé font partie, pour beaucoup, du secteur public. Le Ministère de la Santé a la tutelle des établissements de soins (hôpitaux, dispensaires, centres de santé, etc...), est l'employeur du personnel médical et paramédical, a en charge l'approvisionnement en médicaments et consommables ainsi que l'équipement des services publics. Il organise, en outre, les activités de formation, d'éducation pour la santé et de prévention (essentiellement vaccinations, grandes endémies, santé maternelle et infantile, planification familiale).

Ces structures ont des difficultés financières chroniques, et ne répondent pas toujours aux attentes des malades, même si elles sont gratuites. Elles sont très inégalement réparties entre les différentes régions de chaque pays. Ainsi, d'autres services se sont maintenus ou développés :

- les praticiens, et matrones traditionnels, seul recours dans les zones rurales sans autre couverture sanitaire, mais présents également dans les villes,
- la médecine privée, concentrée dans les grandes villes et réservée à une population aisée,
- des organisations non gouvernementales venant d'Europe ou d'Amérique du Nord (laïques ou missionnaires) dans le cadre de la coopération internationale.

3. Financer les soins

Le financement des services de santé demeure un problème non résolu dans un grand nombre de pays du Tiers-Monde : les Etats, seuls, ne peuvent dégager des ressources budgétaires suffisantes. C'est ainsi que, outre la contribution de l'usager et de sa famille aux soins (mal évaluée mais parfois importante), des organisations non gouvernementales et les agences de coopération bi et multilatérales sont sollicitées.

En Afrique, les hôpitaux généraux et universitaires absorbent à eux seuls environ les 3/4 du budget national de la santé, parfois plus. Le secteur libéral est très peu répandu. Des expériences sont donc menées afin de rechercher des alternatives.

Dans quelques cas, les cotisations en nature représentent une part majoritaire du financement local fourni par la population. A l'heure où certains pays africains ne peuvent employer tous les médecins nationaux diplômés dans les services de l'Etat, une réflexion s'amorce sur l'évolution des services publics et "gratuits" de santé : contribution accrue des usagers, assurance-maladie, privatisation d'une partie des services, rationalisation de la gestion, etc...

Ainsi, "**l'initiative de Bamako**" (Ministères de la Santé, UNICEF) prévoit un approvisionnement en médicaments essentiels dont la vente permettrait de couvrir le coût des soins de santé primaires et des activités de P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile). A suivre...

C. PRATIQUE DES MÉDECINS FRANÇAIS DANS LE TIERS-MONDE

- Ils exercent principalement dans les pays francophones et du Maghreb.
- Leur formation médicale est récente. Malgré l'existence de quelques enseignements orientés vers les pays en voie de développement, il s'agit d'une formation universitaire et hospitalière classique française, inadaptée aux réalités locales.
- Ils ont eu auparavant peu - voire pas du tout - de pratique en France.
- Leur insertion est limitée dans le temps, et ils demeurent des étrangers. A terme, ils reviennent en France. En conséquence, leur insertion professionnelle demeure fragile. Il n'y a ni création de clientèle, ni véritable investissement et capitalisation de savoir-faire sur place.
- Leur rémunération est indépendante de la qualité et du volume d'activités.
- Beaucoup sont submergés par des activités curatives de routine.

En outre, ils vivent plus ou moins bien les relations hiérarchiques et administratives avec les autorités sanitaires locales, les problèmes de vie courante et les différences culturelles.

Le "coopérant" médecin a des difficultés à se situer institutionnellement et professionnellement. Il a du mal à identifier et à exprimer ses besoins de formation.

D. CONCLUSION

Dans le Tiers-Monde, comme dans les pays industrialisés, développement et santé vont de pair. Il n'est pas surprenant que ces pays, en crise économique structurelle, présentent un tableau sanitaire décevant. Les services de santé, à eux seuls, ne peuvent prétendre résoudre l'ensemble des problèmes : comment soigner la malnutrition et ses effets quand il n'y a pas de nourriture ?

La stratégie des soins de santé primaires est une tentative d'intégration des différents niveaux des services de santé d'une part, de la santé et du reste de la vie socio-économique d'autre part. Les résultats sont aujourd'hui contestés ; le débat sur leur validité s'installe, mais les propositions d'alternatives sont rares.

BIBLIOGRAPHIE

- ARGELLIES J., BERCHE T. : "Gestion et organisation d'un centre de santé". Les cahiers du CIDESSCO, formation série A, n° 5, CIDESSCO, Bordeaux, 1986, 96 pages.
- BANNERMAN R. et al. : "Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé". O.M.S., Genève, 1983.
- BRISSET C. : "La santé dans le Tiers-Monde" La découverte, le monde, Paris, 1984, 252 pages.
- DESTEXHE A. : "Santé, médicaments et développement". Les publications de la Fondation Liberté sans Frontières, Paris, 1987, 270 pages.
- DJUKANOVIC V. et MACH E.P. : "Comment répondre aux problèmes fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement". O.M.S., Genève, 1975, 130 pages.
- KLECZKOWSKI B.M., ELLING R.H., SMITH D.L. : "Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires". O.M.S., Genève, 1985, 127 pages.
- MACH E.P., ABEL-SMITH B. : "Planification des ressources financières du secteur de la santé". O.M.S., Genève, 1984.
- Medicus Mundi internationalis : "Le support des services médicaux non gouvernementaux au renforcement des soins de santé primaires". Medicus Mundi, Yaounde, 1981, 104 pages.
- M.S.H./I.U.E.D. : "Bien gérer les médicaments". I.U.E.D., Genève, 1984, 617 pages.
- O.M.S. : "Formulation de stratégie en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000". Série Santé pour tous, n° 2, O.M.S., Genève, 1979, 60 pages.
- O.M.S. : "Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000". Série Santé pour tous, n° 3, O.M.S., Genève, 1981, 90 pages.
- O.M.S. : "Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national". Série Santé pour tous, n° 5, O.M.S., Genève, 1981, 62 pages.
- O.M.S. : "L'évaluation des programmes de santé". Série Santé pour tous, n° 6, O.M.S., Genève, 1981, 50 pages.
- O.M.S. : "Plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous". Série Santé pour tous, n° 7, O.M.S., Genève, 1982, 54 pages.
- O.M.S. : "Renforcement des ministères de la santé dans la perspective des soins de la santé primaire". O.M.S., Genève, 1985, 63 pages.
- O.M.S. : "L'agent de santé communautaire". O.M.S., Genève, 1981, 346 pages.
- O.M.S. : "Si vous êtes chargé de ... Guide de gestion à l'usage des responsables des soins de santé primaires au niveau intermédiaire". O.M.S., Genève, 1981, 365 pages.
- O.M.S. : "Evolution de la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000". O.M.S., Genève, 1986.
- O.M.S. : "Analyse du contenu des huit composants essentiels des soins de santé primaires". O.M.S., Genève, 1986.
- VELASQUEZ G. : "L'industrie du médicament et le Tiers-Monde", L'Harmattan, Paris, 1983.
- WERNER D. : "Là où il n'y a pas de docteur". E.N.D.A., Dakar, 1981.

II. LA SANTE DANS LES PAYS DE LA C.E.E.

Source : BERESNIAK A., DURU G. : Economie de la santé, Masson, 1992

LE SYSTEME ALLEMAND

Le système de santé allemand est actuellement en pleine évolution du fait des adaptations qu'impose la réunification de l'Allemagne.

L'organisation de la santé de l'ex-République démocratique allemande était en grande partie soumise à une économie de pénurie et il est donc probable qu'elle reprenne plus ou moins progressivement les caractéristiques du système de santé de l'ex-République fédérale d'Allemagne. C'est donc le fonctionnement du système de santé de l'ex-RFA que nous allons décrire.

L'ex-République fédérale d'Allemagne en quelques chiffres

L'ex-Allemagne de l'Ouest a une superficie de 357.050 km² et sa population s'élevait en 1990 à 61,3 millions d'habitants, soit une densité de 246 hab./km².

En 1985, 20,6% de la population avait plus de 60 ans et 14,7% moins de 15 ans.

En 1989, le taux de natalité était de 10% et celui de mortalité de 11%.

L'espérance de vie à la naissance était estimée à 71 ans pour les hommes et 79 ans pour les femmes.

Le PNB s'élevait en 1990 à 1.409,7 milliards de dollars US et le PNB par habitant à 23.000 dollars US. 18,3% des dépenses de l'Administration centrale étaient consacrées à la santé.

En 1987, on recensait 674.384 lits d'hôpitaux (1 pour 91 habitants) et 3 médecins pour 1.000 habitants en 1990.

Le système de santé

L'Allemagne fut le premier pays à instituer dès 1883, à l'initiative de Bismark, un système de protection sociale pour les travailleurs.

Ce système s'est développé et il est de nos jours, dans l'ex-RFA, placé sous la responsabilité des ministères de la Santé, du Travail et des Affaires sociales. Ces ministères définissent les règles de fonctionnement mais délèguent le pouvoir exécutif au niveau des états fédéraux, tout particulièrement en ce qui concerne la planification hospitalière.

Le financement des soins de santé est assuré par un réseau d'environ 1.200 caisses-maladies publiques et par des assurances privées.

En 1987, 93% de la population était couverte par les caisses-maladie publiques tandis que 8% de la population était à la fois couverte par l'une de ces caisses et une assurance privée complémentaire.

L'affiliation à une caisse-maladie publique est obligatoire pour les personnes ayant un revenu inférieur à un seuil défini par l'Etat. Les autres personnes sont libres ou non d'adhérer à ces caisses.

Les caisses publiques tirent leurs ressources des cotisations de leurs adhérents. Elles sont fonction du niveau du revenu ; les taux différant d'une caisse à l'autre. Les entreprises financent la moitié de la cotisation de leurs employés.

Au niveau de chaque Etat, les caisses négocient avec les offreurs de soins le tarif des prestations offertes à leurs membres sur la base d'une nomenclature établie au plan national.

Les adhérents d'une caisse participent directement à une partie des frais pharmaceutiques, d'hospitalisation et des soins dentaires. En revanche, l'accès au médecin de ville, généraliste ou spécialiste, est entièrement gratuit.

Afin de bénéficier de cette gratuité, l'adhérent doit choisir, pour des périodes de trois mois, un médecin auquel il remettra à chaque visite un certificat fourni par la caisse. Le médecin sera ensuite payé par l'Association des médecins de caisse auquel il appartient, elle-même financée par la caisse-maladie.

L'une des particularités de ce système de santé est la très nette séparation entre le système hospitalier et le secteur ambulatoire.

Le système hospitalier est composé d'hôpitaux publics (52% des lits), d'hôpitaux locaux privés à but non lucratif (35% des lits) et d'hôpitaux privés à but lucratif (13% des lits). Les hôpitaux sont soumis à la règle du budget global et les médecins qui travaillent dans ce secteur sont en très grande majorité salariés.

Le secteur ambulatoire est par contre entièrement privé. Les médecins sont regroupés en association de médecins de caisse qui négocient avec les caisses-maladie un enveloppe globale et le montant des honoraires pour chaque acte. Ce sont ces associations qui paient les médecins en fonction de leur activité.

Cependant cette activité est particulièrement surveillée par les associations de médecins de caisse.

En effet, l'enveloppe globale ayant été négociée, tout dérapage sur ce volume ou sur la qualité des prescriptions d'une partie des médecins de l'association conduit à une baisse des rémunérations de l'ensemble.

30% des médecins exercent leur activité en groupe ; la possibilité d'effectuer eux-mêmes un nombre d'analyses biologiques incite à de tels regroupements.

LE SYSTEME BELGE

La Belgique en quelques chiffres

La Belgique a une superficie de 30.514 km² et sa population en 1990 s'élevait à 9,8 millions d'habitants, soit une densité de 322 hab/km².

En 1984, 18,2% de la population avait plus de 60 ans et 19,3% moins de 15 ans.

En 1989, le taux de natalité était de 12% et celui de mortalité de 11%. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 73 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes.

Le PIB s'élevait en 1990 à 177,6 milliards de dollars US et le PIB par habitant était de 18.049 dollars US.

1,7% des dépenses de l'administration centrale étaient consacrées à la santé.

En 1984, 91.638 lits d'hôpitaux étaient recensés (1 pour 105 hab.) et 3,3 médecins pour 1.000 habitants en 1990.

Le système de santé

Le système de santé belge est caractérisé par un secteur libéral dominant. L'offre de soins ambulatoires appartient entièrement au domaine privé tandis que le secteur hospitalier est mixte.

Peu de choses séparent cependant hôpitaux publics et cliniques privées, que ce soit au niveau de leur mode de gestion ou de financement.

La compétition est toutefois âpre entre médecins généralistes, spécialistes et hôpitaux. En effet, en Belgique, le patient a le libre choix de son médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, et peut accéder directement au spécialiste.

L'Etat intervient sur ce marché comme simple régulateur à travers une agence, la RIZIV (Institut national d'assurance contre la maladie et l'invalidité) où sont représentés les travailleurs salariés et indépendants, les professions de santé, les hôpitaux et les mutuelles.

Cet organisme a deux missions principales - La première consiste à distribuer aux mutuelles qui couvrent le risque santé les fonds nécessaires à leurs activités. Ces fonds sont recueillis par un Office national de Sécurité sociale (RSZ) auprès des salariés et de leurs employeurs, des travailleurs indépendants et de l'Etat (pour certains groupes de la population).

- La seconde mission a pour objet de superviser les négociations qui s'établissent entre les mutuelles et les professionnels de santé. Elle joue un rôle considérable dans l'établissement de la nomenclature des activités de ces derniers et la détermination d'un prix plancher pour celles-ci. Ces prix serviront alors de référence pour les remboursements effectués par les mutuelles auprès de leurs adhérents. Ce ne sont cependant pas des prix plafonds. Le patient devra alors acquitter la différence.

La règle est différente pour l'hospitalisation, qu'elle soit publique ou privée. Le patient paie un faible ticket modérateur et le solde de ses dépenses est financé par sa mutuelle et par l'Etat.

La mutuelle couvre les dépenses constituées des honoraires des spécialistes, des frais de laboratoire et de radiologie. Le reste est financé par l'Etat qui a substitué au système du prix de journée un système de budget prévisionnel (1982). Celui-ci est fondé sur le taux d'occupation des lits et la durée des séjours définis dans des groupes "d'hôpitaux homogènes".

Les investissements hospitaliers publics ou privés sont largement subventionnés par l'Etat. La seule différence réside dans l'intensité respective des subventions. L'Etat finance 70% des investissements hospitaliers publics et 60% des investissements privés.

En Belgique, il est obligatoire de s'assurer pour couvrir ses dépenses de santé. La population a, en revanche, le choix de l'organisme d'assurance (ce choix n'est pas définitif).

Il pourra s'agir, soit d'une assurance privée (ce qui n'est pas encore très fréquent), soit d'une des six grandes mutuelles qui forment une union de mutuelles qui est représentée au sein de la RIZIV.

L'originalité historique de ces mutuelles réside dans les liens qui les unissent avec un parti politique ou un mouvement religieux.

Ainsi le consommateur fonde son choix à la fois sur des critères de qualité de services rendus par la mutuelle et sur des considérations idéologiques. Il se crée donc une compétition entre les mutuelles qui se joue sur le marché "économique" mais également sur le marché "politique" et "moral".

L'assurance obligatoire concerne un contrat de base. Celui-ci peut être souscrit soit par le consommateur lui-même auprès d'une mutuelle ou d'une assurance privée, soit par l'entreprise pour ses employés lorsqu'elle souscrit un contrat collectif auprès d'un organisme privé.

LE SYSTEME BRITANIQUE

Le Royaume-Uni en quelques chiffres

Le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord a une superficie de 244.046 km² et sa population en 1990 s'élevait à 57,2 millions d'habitants, soit une densité de 234 hab/km².

En 1988, 20,7% de la population avait plus de 60 ans et 18,8% moins de 15 ans.

En 1989, le taux de natalité était de 14% et celui de mortalité de 11%. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 73 ans pour les hommes et 79 ans pour les femmes.

En 1990, le PIB s'élevait à 932,5 milliards de dollars US et le PNB par habitant était de 16.290 dollars US.

14,3% des dépenses de l'administration centrale étaient consacrées à la santé.

En 1986, on recensait 410.000 lits d'hôpitaux (1 pour 138 hab.) et en 1990, 1,4 médecins pour 1.000 habitants.

Le système de santé

En 1948, le système de santé britannique repose sur le Service national de santé (National Health Service) qui prend la relève du Système d'assurance sociale (Social Insurance System) en vigueur depuis 1911.

Cette nouvelle organisation est fondée sur les principes suivants :

- ∪ L'Etat offre des soins gratuits à tout personne qui en exprime le besoin.

- ∪ L'autonomie des profession médicales et para-médicales au niveau des libertés d'installation, de prescription et des pratiques privées, publiques ou mixtes est respectée.

Le Service national de santé a connu des réformes en 1974 et en 1982. Le financement de ce système est principalement assuré par l'Etat par le biais de l'impôt ; le solde étant à la charge d'un Fonds national de solidarité alimenté par des cotisations salariales et des ménages.

En 1983, la répartition était la suivante : Etat 84,5%, fonds de solidarité 11,2%, ménages 4,3%. Cette même année, 75,6% des dépenses étaient consacrées au secteur hospitalier et 24,4% au secteur ambulatoire en ville. Le Service national de santé est fondé sur une large décentralisation régionale et locale des responsabilités. Le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale définit la politique de santé, fixe les objectifs et les priorités sanitaires.

L'allocation des ressources du secteur régional est à la charge des Autorités régionales de santé (Regional Health Authorities) qui sont également responsables de la planification à moyen terme. La gestion des ressources est assurée par les Autorités des districts de santé (District Health Authorities).

L'offre de soins est mixte, publique ou privée, avec une forte dominance du secteur public.

Le médecin est libre d'adhérer au Service national de santé ou non. S'il décide d'y adhérer, il passe un contrat avec ce dernier qui spécifie le type de soins qu'il donnera, le temps qu'il consacrerà au Service national de santé, et sa rémunération. Celle-ci est composée d'une allocation de base couvrant les frais fixes, de diverses indemnités (incitations à s'installer dans des régions à faible densité médicale, incitations au regroupement, à la formation continue...) de sbventions (emploi de personnel auxiliaire ou administratif) et d'une somme forfaitaire pour chaque personne inscrite auprès de lui. Cette somme est variable en fonction de l'âge de cette personne, des paiements à l'acte pour certains type de soins : vaccinations, prescriptions de contraceptifs, visites de nuit, etc.

En moyenne, l'inscription de la population sur la liste (système de capitation correspondant à une inscription par tête d'habitant) représente 50% du revenu du médecin. Il conserve la liberté de pratiquer la médecine libérale en dehors du temps qu'il s'est engagé à fournir au Service national de santé.

Ce type de contrat concerne le médecin généraliste. La plupart des spécialistes travaillent à l'hôpital et seule une infime minorité exerce en milieu libéral. Ils perçoivent un salaire qui est complété par diverses primes prenant en compte leur notoriété et les revenus provenant d'une éventuelle clientèle privée. L'offre hospitalière est publique et donc entièrement financée par l'Etat sous forme d'un budget global.

Le consommateur, lorsqu'il utilise le Service national de santé, n'a à effectuer aucun débours (sauf pour l'octroi de médicaments où il doit acquitter une somme fixe par ligne de prescription, pour l'ophtalmologie et la chirurgie dentaire). En contrepartie de cette gratuité (partielle), le consommateur doit s'inscrire sur la liste d'un médecin généraliste (le choix est libre mais le changement demeure difficile). L'accès aux filière de soins est uniquement géré par le médecin généraliste.

Le consommateur peut également utiliser le secteur privé qui est principalement constitué de médecins ayant opté pour une pratique mixte publique-privée et par la partie hospitalière de lits privés installés dans les hopitaux publics.

LE SYSTEME DANOIS

La Belgique en quelques chiffres

Le Danemark a une superficie de 43.070 km² et sa population s'élevait à 5,1 millions d'habitants en 1989, soit une densité de 119,3 hab/km².

En 1988, 20,4% de la population avait plus de 60 ans et 18,8% moins de 15 ans.

En 1989, le taux de natalité était de 11% et celui de mortalité de 12%.

L'espérance de vie à la naissance était estimée cette même année à 72 ans pour les hommes et 78 ans pour les femmes.

Le PIB s'élevait en 1990 à 120,7 milliards de dollars US et le PIB par habitant était de 23.482 dollars US.

1,2% des dépenses de l'administration centrale était consacrées à la santé.

En 1986, on recensait 35.606 lits d'hôpitaux (1 pour 144 hab.) et en 1990, 2,7 médecins pour 1.000 habitants.

Le système de santé

Le système de santé danois est caractérisé par un secteur public très développé et par l'absence d'organisme de Sécurité sociale.

La santé de la population est l'affaire de l'Etat et, en théorie, chacun doit recevoir les soins dont il a besoin sans rétribution de sa part des professionnels de la santé.

Le Danemark est divisé en 16 provinces gouvernées par des conseils régionaux élus tous les quatre ans. Ces provinces ont la charge des programmes de santé qui concernent leur population et de leur financement à partir des impôts qu'elles prélèvent.

Afin d'atténuer les disparités résultant des différences démographiques ou économiques des régions, des redistributions entre provinces sont effectuées (les dépenses de santé représentent environ 65% de leur budget). Chaque région possède ses hôpitaux, un ensemble de médecin généralistes, spécialistes et d'infirmières pouvant se déplacer à domicile. Les médicaments (dont les prix sont contrôlés) sont distribués par un réseau d'officines à travers le pays.

Il n'est pas interdit à un médecin d'exercer entièrement son activité en secteur privé, mais en général, les médecins généralistes appartiennent tous au système national de santé où ils sont rémunérés selon le système de capitation (indemnité par tête d'habitant). Ils consacrent au système privé qu'une partie seulement de leur temps (honoraires).

Les Danois ont le choix entre deux types de couverture sociale. Ils peuvent ainsi choisir d'appartenir au groupe I ou au groupe II.

S'ils sont opté pour le groupe I, leurs dépenses de santé (hors soins dentaires), les médicaments et certaines prothèses sont entièrement gratuits. Le principe de non-transaction monétaire est ainsi respecté. En revanche, ils doivent s'inscrire sur la liste d'un médecin généraliste de leur région et n'ont le droit d'en changer qu'une fois par an seulement. Ils en peuvent accéder directement au médecin spécialiste ou à l'hôpital (sauf urgence). En général, ils n'ont accès qu'aux hôpitaux de leur région, sauf si leur état nécessite des soins spécialisés qui ne peuvent être effectués que dans un hôpital situé dans une autre région. Dans ce cas, la région dont le malade est originaire remboursera la région de l'hôpital qui l'accueille.

S'ils ont choisi le groupe II (environ 5% de la population), ils participent en partie au financement des soins dont ils ont besoin, mais ils auront le libre choix de leur médecin et pourront accéder directement au spécialiste.

Il existe au Danemark un petit secteur d'assurance privée dont l'activité reste faible. Ce secteur concerne principalement le domaine des dépenses qui ne sont pas totalement prises en charge par le service national.

LE SYSTEME ESPAGNOL

L'Espagne en quelques chiffres

L'Espagne est formée de 17 communautés autonomes qui couvrent un territoire de 504.782 km². Sa population s'élevait en 1990 à 39,2 millions d'habitants, soit une densité de 77,7 hab/km².

En 1985, 15,7% de la population avait plus de 60 ans et 24,6% moins de 15 ans.

Le taux de natalité était en 1989 de 12% et celui de mortalité de 8%.

L'espérance était alors estimée à 74 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes.

Le PIB s'élevait en 1990 à 431,9 milliards de dollars US tandis que le PIB par habitant était de 11.020 dollars US.

12,5% des dépenses de l'administration centrale étaient consacrées à la santé.

En 1986, on recensait 181.794 lits d'hôpitaux (1 pour 213 hab.) et en 1990, 3,7 médecins pour 1.000 habitants.

Le système de santé

Le système de santé espagnol est actuellement en pleine évolution. Celle-ci s'accomplit selon les principes contenus dans la "Ley General de Sanidad" votée en avril 1986. Cette loi a pour objectif l'harmonisation du système de santé au niveau des compétences institutionnelles, des sources de financement et des modes de dispensation des soins.

En effet, actuellement, trois ministères ont compétence sur les problèmes de santé :

- le ministère de la Santé et de la Consommation
- le ministère de l'Education (gestion des hôpitaux universitaires)
- le ministère de la Défense.

Par ailleurs, les gouvernements des provinces ont compétence sur le secteur psychiatrique et la prise en charge des personnes déshéritées tandis que les gouvernements municipaux ont la charge des programmes de santé publique et de prévention à l'échelon local (vaccination, hygiène...).

Le système de santé espagnol est caractérisé par l'existence de deux secteurs : un secteur public et un secteur privé.

Le secteur public est financé par l'intermédiaire de la sécurité sociale (INSALUD) qui reçoit ses moyens de l'Etat (80% en 1989), des salariés et des entreprises. A terme, seul l'Etat par le biais de l'impôt devrait financer le secteur public.

Secteur public

Le financement des activités de ce secteur est assuré par l'INSALUD qui couvre maintenant environ 96% de la population.

Le secteur public de la santé en Espagne est constitué par des médecins généralistes, des spécialistes et des hôpitaux.

Le médecin généraliste est le point d'entrée obligatoire du patient dans le système de santé publique. Il doit alors être inscrit auprès d'un médecin généraliste et ne peut en changer que sous certaines conditions.

Actuellement, les médecins généralistes du secteur public travaillent en équipe avec des infirmières et des pédiatres sur un secteur géographique déterminé durant 6 heures par jours. Ils sont salariés et leur salaire est fonction de l'aire géographique et des caractéristiques de la population desservie. Ils peuvent exercer une activité privée en dehors de leurs heures d'activité pour le secteur public.

Quinze spécialités en médecine sont officiellement reconnues. Chaque médecin généraliste possède un correspondant dans chacune de ces spécialités auquel il peut adresser son patient. Il peut également décider d'une éventuelle hospitalisation.

Les pharmaciens et les dentistes sont absents du secteur public espagnol.

L'INSALUD prend totalement en charge les frais de consultations et d'hospitalisations préconisées par les médecins généralistes. Ainsi, le secteur public occupe 35% du marché des soins ambulatoires et 77% du marché des soins hospitaliers.

Secteur privé

Le secteur privé est financé soit directement par le patient, soit par des mutuelles, des compagnies d'assurance ou l'INSALUD.

Comme dans le secteur public, ce secteur comprend des médecins généralistes et des spécialistes. Par contre, les cliniques, les pharmaciens et les dentistes appartiennent tous au secteur privé.

L'INSALUD rembourse 60% du montant des médicaments prescrits par les médecins du secteur public. Elle rembourse les extractions dans le cas des soins dentaires.

Par ailleurs, l'INSALUD passe des accords avec des cliniques qui s'engagent à respecter certaines normes et finance les soins qui y sont prodigués.

La liberté d'exercer une médecine libérale est garantie par la "Ley General de Sanidad" qui autorise également la publicité faite par les professionnels.

Population

En 1981, 73,1% des ménages étaient couverts seulement par l'INSALUD, 3,8% par une assurance privée, 20,2% par l'INSALUD et une assurance privée, 2,4% ne bénéficiaient pas d'assurance.

En effet, une partie de la population a tendance à souscrire auprès d'assurance privées ou de mutuelles, des contrats lui permettant de couvrir principalement les frais engendrés par les soins dentaires et par les dépenses en médicaments.

Malgré cela, le marché des assurances est un marché difficile ; les compagnies sont souvent petites et restent mal organisées car elles n'ont pas à leur disposition l'information nécessaire pour évaluer les risques qu'elles doivent couvrir.

LE SYSTEME GREC

La Grèce en quelques chiffres

La Grèce a une superficie de 131.944 km² et sa population s'élevait en 1990 à 10 millions d'habitants, soit une densité de 76,2 hab/km².

En 1986, 18,4% de la population avait plus de 60 ans et 20,5% moins de 15 ans.

En 1989, le taux de natalité était de 11% et celui de mortalité de 9%.

L'espérance de vie à la naissance était alors estimée à 74 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes.

Le PIB s'élevait en 1990 à 61,39 milliards de dollars US tandis que le PIB par habitant était de 6.099 dollars US.

En 1985, on recensait 52.864 lits d'hôpitaux (1 pour 188 hab.) et en 1990, 3,3 médecins pour 1.000 habitants.

Le système de santé

En 1983, la Grèce a décidé de mettre en place un Service national de santé. Jusqu'à cette date le système de santé grec était caractérisé par son extrême diversité dans les types d'offres de soins et les modes de couverture des dépenses de santé. Cela avait conduit à une distribution de l'offre de soins très inégale entre les zones urbaines et rurales, à une superproduction de diplômés de médecins, une sous-production de diplômés d'infirmières et un coût élevé de l'hospitalisation et des médicaments.

Un secteur public faible côtoyait un secteur privé fort. Le financement des dépenses de santé était alors assuré par trois sources

- L'Etat pour le développement et le fonctionnement des hôpitaux publics, ainsi que pour les programmes de santé publique.

- La population qui acquittait, soit une partie des frais non couverts par leur caisse, soit l'intégralité de ceux-ci lorsque les services du secteur privé étaient utilisés.

Le secteur public était avant tout constitué par les hôpitaux publics qui représentaient, en 1980, 58% des lits.

En ce qui concernait le secteur ambulatoire, seules les caisses INA et OGA employaient des médecins salariés. Ceux-ci avaient par ailleurs la possibilité d'exercer sur le marché privé. Les caisses de Sécurité sociale négociaient avec le secteur privé les conditions de leurs services, le plus souvent sur la base d'honoraires mais aussi parfois sur la base de la capitation. Le nombre élevé de caisses explique la grande disparité dans les services qu'elles offraient à leurs adhérents : beaucoup étaient trop petites pour offrir des services de grande qualité. Depuis 1983, un Service national de santé a été mis en place.

Au niveau institutionnel, un Comité central de la Santé a été créé et est chargé de conseiller le gouvernement sur la politique nationale de santé. Il est assisté par des comités régionaux de la santé.

L'objectif de cette réforme est de créer un secteur public fort afin de remédier aux inégalités géographiques et financières d'accès aux soins de la population grecque.

La réforme, actuellement toujours en cours, propose :

- l'unification des services rendus par les diverses caisses de Sécurité sociale,
- la prise de contrôle de tout le secteur hospitalier,

- la création de réseaux de centres de santé pour les soins primaires (où pourrait se développer la médecine générale). Ces centres emploieraient des médecins salariés à plein-temps (et ne pouvant exercer dans le privé),

- la création d'une entreprise pharmaceutique nationale produisant principalement des antibiotiques.

Dans le cadre du secteur privé, la loi interdit la création, le développement (en terme de lits) ou la transformation de cliniques privées.

En 1982, le secteur privé possédait 42% des lits d'hôpitaux ; il n'en possède déjà plus que 34% en 1986 ; la capacité d'accueil ayant chuté en 3 ans de 24% !

La loi n'interdit pas :

- la création d'entreprises privées offrant des services de diagnostic utilisant des technologies de pointe. Elle autorise même la publicité pour de tels centres,

- la médecine libérale,

- la production de médicaments par des firmes privées. La publicité pour les médicaments est autorisée mais les prix sont contrôlés,

- la mise en place d'un secteur d'assurances privées.

Elle permet aux caisses de Sécurité sociale, après autorisation gouvernementale, de passer des contrats avec des cliniques et des médecins privés.

En 1987, soit 4 ans après le début de la réforme, les observations de l'Institut national des statistiques estiment la part des dépenses de santé à 8,7% du Produit national brut de la Grèce dont 5,6% relevant du secteur public et 3,1% du secteur privé ; ce qui montre le rôle encore très important du secteur privé dans le système de santé grec à cette époque.

LE SYSTEME IRLANDAIS

L'Irlande en quelques chiffres

L'Irlande a une superficie de 70.280 km² et sa population s'élevait en 1990 à 3,72 millions d'habitants, soit une densité de 52,9 hab/km².

En 1985, 15% de la population avait plus de 60 ans et 30,5% moins de 15 ans.

En 1989, le taux de natalité était de 16% et celui de mortalité de 9%.

L'espérance de vie à la naissance était alors estimée à 71 ans pour les hommes et 77 ans pour les femmes.

Le PIB s'élevait en 1990 à 39,42 milliards de dollars US et le PIB par habitant était de 10.597 dollars US.

12,4% des dépenses de l'administration centrale étaient consacrées à la santé.

En 1982, on recensait 19.147 lits d'hôpitaux (1 pour 181 hab.) et en 1990, 1,5 médecins pour 1.000 habitants.

Le système de santé

Le système de santé irlandais est original. L'originalité réside dans le fait que l'Etat intervient très fortement sur les modes de financement des soins. Il définit des groupes de population ayant droit à des types différents de couverture de leurs dépenses de santé et une agence publique a le monopole de l'assurance volontaire. Cette originalité est également marquée par l'offre de soins qui est très fortement privatisée.

En Irlande, la santé est administrée par un département de la Santé (fortement dépendant du département des Finances) qui gère la prévention, les soins ambulatoires et hospitaliers ainsi que les soins dentaires. Ce département est organisé en huit bureaux régionaux.

L'offre de soins ambulatoires est proposée par des médecins généralistes qui exercent une activité privée en échange d'honoraires.

Trois formes d'organisations participent à l'offre de soins hospitaliers :

- les hôpitaux qui sont contrôlés et financés entièrement par les bureaux régionaux du département de la santé,

- les hôpitaux participant au service public (Voluntary Public Hospital) et qui sont souvent gérés par des associations religieuses en partie financés par le département de la santé

- les hôpitaux privés qui vivent sur des fonds uniquement privés.

Quant au financement des dépenses de santé, l'Etat établit les règles qui permettent de définir une répartition en trois groupes de la population irlandaise. Ces règles font un large usage de la notion de revenu individuel.

- **Le groupe I** est constitué par les personnes à "bas revenus". Leurs dépenses de santé sont intégralement prises en charge par le Bureau régional dont ils dépendent. Ils doivent utiliser les structures publiques pour les soins hospitaliers et dentaires. Les honoraires des généralistes sont payés directement par le Bureau régional pour les soins ambulatoires.

- **Le groupe II** est constitué par les personnes à "revenus moyens". Leur couverture est la même que celle du groupe I, exceptées les dépenses concernant les soins ambulatoires et les soins dentaires qu'elles doivent elles-mêmes financer.

- **Le groupe III** est celui des personnes à "hauts revenus". Les bureaux régionaux ne financent alors que les soins hospitaliers publics et les soins donnés pour une maladie infectieuse ou pour certaines maladies chroniques.

38% de la population appartiennent au groupe I, 47% au groupe II et 15% au groupe III.

Les individus des groupes II et III peuvent souscrire une assurance auprès d'une seule agence de l'Etat pour couvrir les dépenses de santé qui restent à leur charge.

LE SYSTEME ITALIEN

L'Italie en quelques chiffres

L'Italie a une superficie de 301.225 km² et sa population s'élevait en 1990 à 57,1 millions d'habitants, soit une densité de 189,6 hab/km².

En 1985, 18,8% de la population avait plus de 60 ans et 19,9% moins de 15 ans.

En 1989, le taux de natalité était de 10% et celui de mortalité de 10%.

L'espérance de vie à la naissance était alors estimé à 73 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes.

Le PIB s'élevait en 1990 à 984,8 milliards de dollars US et le PNB par habitant était de 17.250 dollars US.

11,3% des dépenses de l'administration centrale étaient consacrées à la santé.

En 1985, on recensait 470.579 lits d'hôpitaux (1 pour 121 hab.) et en 1990, 4,25 médecins pour 1.000 habitants.

Le système de santé

Depuis 1978, l'Italie possède un Service nationale de santé constitué par des "unités sanitaires locales" (Unità Sanitarie Locali) dotées d'une large autonomie pour organiser et gérer les divers services de santé appartenant aux territoires qu'elles recouvrent (20 régions). Parallèlement à ce service public existe un secteur privé important.

Le Service national de santé a pour vocation d'offrir à la population italienne l'ensemble des soins dont elle a besoin. Il est financé par :

- une participation des salariés, de leurs employeurs et des travailleurs indépendants,

- une taxe spéciale acquittée par les travailleurs indépendants,

- une somme variable versée par l'Etat.

La Caisse nationale de santé reçoit ces divers financements et les répartit entre les régions. Celles-ci les redistribuent à leurs unités sanitaires locales sur la base des dépenses engagées antérieurement.

La population a le choix pour résoudre ses problèmes de santé entre le Service national de santé et le secteur privé.

Si le Service national de santé est adopté, les dépenses engagées pour les soins primaires et secondaires seront pratiquement entièrement prises en charge par le Service national de santé ; le ticket modérateur (là où il existe) reste très faible sauf pour les médicaments dont les prix sont contrôlés et pour lesquels il varie entre 9% et 25% selon le gouvernement en place.

Il existe toutefois une possibilité d'exemption de ce ticket modérateur pour les "bas revenus". Seuls les médicaments inscrits sur une liste définie au plan national peuvent bénéficier d'un remboursement.

L'offre de soins dans le secteur public est constituée par un réseau de médecins généralistes qui ont choisi de rejoindre le Service national de santé, d'hôpitaux publics possédant des secteurs spécialisés et d'hôpitaux privés agréés par le Service national de santé. Les médecins généralistes du Service national de santé sont rémunérés selon le système de la capitation et ne peuvent avoir sur leur liste plus de 1500 patients. Ces derniers sont libres de choisir leur praticien dans leur unité sanitaire.

Les patients doivent en revanche utiliser les services publics pour les soins hospitaliers. Ils ne peuvent se présenter à des hôpitaux privés agréés qu'après une entente préalable avec le Service national de santé ; cette autorisation n'est alors donnée que pour un nombre de jours limité. En revanche, si dans les quatre jours, le service public n'a pu répondre à la demande d'un patient (problèmes des files d'attente), celui-ci utilise les services privés qui seront remboursés par le Service national de santé. Le patient a également la possibilité de demander à être traité dans un hôpital public situé en dehors de son unité sanitaire locale ; celle-ci devra alors rembourser les frais engagés pour soigner le patient à l'unité qui l'a accueilli.

Si le patient choisit de s'adresser directement au secteur privé, il devra acquitter l'ensemble des frais relatifs aux soins qui lui ont été prodigués, à moins qu'il ait souscrit une assurance auprès d'un organisme privé qui couvre ceux-ci. Le secteur privé occupe une place non négligeable en Italie. En 1990, il y avait 8.008 structures sous contrôle du Service national de santé, 7.995 structures privées, 365.761 lits d'hôpitaux publics et 69.319 lits de cliniques privées.

En fait, les hôpitaux publics ont la possibilité de développer un secteur privé et les médecins qu'ils emploient peuvent opter pour un temps partiel dans le public. Ils peuvent avoir ainsi également une activité libérale.

LE SYSTEME LUXEMBOURGEOIS

Le Luxembourg en quelques chiffres

Le Luxembourg a une superficie de 2.586 km² et sa population s'élevait en 1989 à 337.000 d'habitants, soit une densité de 143,1 hab/km².

En 1985, 18,2% de la population avait plus de 60 ans et 17,3% moins de 15 ans.

En 1989, le taux de natalité était de 11% et celui de mortalité de 11%.

L'espérance de vie à la naissance était alors estimé à 72 ans pour les hommes et 78 ans pour les femmes.

Le PIB s'élevait en 1990 à 8,08 milliards de dollars US et le PNB par habitant était de 21838 dollars US.

11,% des dépenses de l'administration centrale étaient consacrées à la santé.

En 198, on recensait 4.587 lits d'hôpitaux (1 pour 80 hab.) et en 1990, 1,89 médecins pour 1.000 habitants.

Le système de santé

Le système de santé luxembourgeois est caractérisé par :

- un quasi-monopole de la couverture des dépenses de santé de la population pour la Sécurité sociale,
- les douze caisses d'assurance maladie dont elles dépendent,
- une offre de soins organisée selon le modèle libéral.

En effet, l'assurance maladie est obligatoire et elle est gérée par la Sécurité sociale qui a également en charge les retraites.

Chaque individu est inscrit dans l'une des douze caisses d'assurance maladie en fonction de la nature de ses activités.

Leur financement est assuré par des contributions fixées par l'Etat qui sont versées à part égale entre les employés et leurs employeurs (en totalité pour les travailleurs indépendants). L'Etat prend à sa charge le contribution de certaines catégories de personnes et les dépenses concernant certaines "longues" maladies (tuberculose, cancer, poliomyélite...). Les assurances privées proposent seulement quelques couvertures complémentaires qui concernent principalement des contrats couvrant le risque maladie à l'étranger.

Les soins ambulatoires sont assurés par des médecins généralistes ou spécialistes dont l'activité est privée. Si la publicité est interdite, la liberté d'établissement pour tout médecin est en revanche totale et il n'existe pas de *numerus clausus*. Les honoraires pratiqués sont négociés avec la Sécurité sociale et les instances représentatives des médecins ; ils sont impérativement respectés par la profession.

Sur les 26 hôpitaux existant actuellement, un seul est privé à but lucratif, plus de la moitié des autres sont privés à but non lucratif (institutions religieuses), le reste étant géré par les communes.

Leurs tarifs sont négociés avec la Sécurité sociale et l'Etat peut participer aux investissements qu'ils engagent. Les patients hospitalisés paient un forfait fixe journalier mais le reste des dépenses est pris en charge par la Sécurité sociale.

La distribution des médicaments est assurée par des pharmacies privées dont la création est soumise à autorisation de l'Etat. Un ticket modérateur de 20% du prix des médicaments a été institué. En fait, certaines spécialités sont remboursées à 100% tandis que d'autres, faisant l'objet de publicité auprès du public, sont complètement exclues du remboursement. La population a le libre choix de son médecin ou de son hôpital.

L'Etat contrôle étroitement l'offre de soins. Depuis 1982, le Ministère de la Santé a en charge la planification hospitalière avec la collaboration des hôpitaux. Toute création d'établissements ou développement de ceux déjà existants doit recevoir son agrément (il en est de même pour les pharmacies).

Quant aux soins ambulatoires, l'Etat exerce un contrôle sur les médecins généralistes et spécialistes par le biais de listes d'appareils médicaux non autorisés au généralistes et permis aux seuls spécialistes.

LE SYSTEME NEERLANDAIS

Le système de santé néerlandais est encore en cours de transformation en 1991. Nous le décrivons tout d'abord tel qu'il était en 1988, puis nous donnerons les grandes lignes de la réforme proposée par la commission dite Dekker qui a été mise en place en mars 1987 par le gouvernement néerlandais.

Les Pays-Bas en quelques chiffres

Le Royaume des Pays-Bas couvre un territoire de 40.844 km² où ont habité en 1990 14,9 millions d'habitants, soit une densité de 366 hab/km².

17% de la population avait plus de 60 ans et 18,8% moins de 15 ans.

En 1986, le taux de natalité était de 12,7% et celui de mortalité de 8,6%.

L'espérance de vie était estimée cette même année à 73,1 ans pour les hommes et 79,6 ans pour les femmes.

En 1990, le PIB s'élevait à 259,2 milliards de dollars US et le PIB par habitant à 17.338 dollars US.

En 1987, le budget de l'Etat s'élevait à 144.107 millions de Florins. Les dépenses concernant la Sécurité sociale et la santé représentaient 17,3% des dépenses publiques.

En 1987, on recensait 67.545 lits d'hôpitaux (1 pour 217 hab.) et en 1990, 2,4 médecins pour 1.000 habitants.

Le système de santé en 1988

Ce système est en partie conditionné par l'organisation de la protection sociale aux Pays-Bas. Celle-ci est définie par un ensemble de décrets qui concernent, soit l'ensemble de la population, soit seulement les salariés.

Quatre décrets s'appliquent à l'ensemble de la population :

- Les trois premiers garantissent un revenu minimum aux personnes âgées (AOW), aux veuves et orphelins (AWW) et aux personnes indigentes (ABW).

- Le quatrième décret (AWBZ) garantit à tout Néerlandais la couverture des dépenses médicales exceptionnelles engagées pour eux.

Trois autres décrets ne concernent que la population des salariés :

- Les deux premiers (ZW et WAO) sont destinés à protéger les salariés en cas d'une perte de revenus due à une incapacité de travail, courte ou longue.

- Le troisième (ZFW) assure la couverture des coûts des soins médicaux, hospitaliers et de pharmacie à tout salarié (et à sa famille) dont le revenu annuel est inférieur à 50.150 florins.

A partir de ces décrets, il est possible de distinguer les différentes façons dont sont prises en charge les dépenses de santé des Néerlandais.

Les dépenses dites exceptionnelles de tout Néerlandais (séjour à l'hôpital dépassant une année, placement dans des hôpitaux psychiatriques, dans des institutions pour

attardés mentaux ou pour handicapés, maintien à domicile...) sont payées par l'assurance sociale grâce à des "Caisses d'assurance maladie" publiques qui dépendent d'une "Caisse nationale".

Le plan Dekker

Le plan proposé par la commission dite Dekker vise à améliorer l'efficacité du système néerlandais en homogénéisant le système de financement et en mettant en place un système où la concurrence entre ses acteurs pourrait se développer tout en garantissant à tous l'accès aux soins.

Le rôle de l'Etat se limiterait alors à contrôler le respect des règles du système de qualité des soins qui sont délivrés.

Le plan proposé est schématiquement le suivant :

- L'ensemble de la population doit obligatoirement souscrire auprès d'une caisse d'assurance maladie publique ou privée une assurance (dite de base) couvrant environ 85% des dépenses médicales.

- La prime d'assurance de base comprend deux parties :

- L'une (la plus importante) est calculée en fonction du seul revenu de l'adhérent qui la verse à un Fonds central d'assurance.

- L'autre partie, qui s'élève au maximum à environ 20% de la première, est versée directement à la caisse d'assurance choisie.

- Chaque caisse négocie avec les professionnels de santé les conditions dans lesquelles seraient délivrés les soins à leurs adhérents et les niveaux des tarifs qui seraient appliqués.

- Le Fonds central d'assurance reverse à chaque caisse maladie, qu'elle soit publique ou privée, une somme pour chacun de ses adhérents. Celle-ci est calculée en fonction des risques que ses caractéristiques (âge, sexe, état de santé...) permettent d'évaluer.

- Les assurés peuvent également souscrire des assurances complémentaires directement auprès des caisses.

- L'Etat a la charge de faire respecter des lois anti-cartels entre caisses ou producteurs de soins et de contrôler la qualité des soins.

Les avantages espérés d'un tel plan sont les suivants :

- Respect du principe de solidarité par : la fixation de la prime en fonction du seul critère "revenu" ; la redistribution des sommes collectées par le Fonds central d'assurance en fonction des risques couverts par les caisses.

- Mise en concurrence des caisses publiques et privées sur la base de la qualité du "produit" proposé au client pour la prise en charge de sa santé et du prix de ce produit.

| | |
|---|--|
| - Mise en concurrence par les caisses d'assurance des | Pour définir sa politique en matière de santé, l'Etat prend des avis |
|---|--|

professionnels de la santé pour la définition de leurs prestations et des rémunérations afférentes.

- Désengagement de l'Etat qui retrouve un rôle d'arbitre.

Ce plan, fondé sur les bienfaits de la concurrence pour assurer l'efficacité d'une économie, met en place deux marchés.

Le premier marché fait intervenir assureurs et consommateurs.

Le consommateur est libre de choisir la caisse qu'il préfère. Ses préférences dépendent de la façon dont ses problèmes de santé seront traités en fonction des moyens réunis par la caisse d'assurance maladie. Les assureurs ne peuvent refuser l'adhésion d'un individu. De plus, un consommateur est libre de changer de caisse s'il n'est pas satisfait des prestations.

Le second marché fait intervenir les assureurs et les professionnels de santé qui se rencontrent pour définir les conditions dans lesquelles ils prendront en charge les problèmes de santé des adhérents. Les caisses maladies disposent d'une meilleure information que la population sur les activités réelles des producteurs de soins. Ce marché a donc toutes les chances d'être plus concurrentiel qu'un autre où se rencontreraient directement consommateurs et producteurs de soins.

Les autres dépenses de soins et de pharmacie sont payées, soit par les caisses d'assurance maladie publiques, soit par des assurances privées, ou enfin par les patients eux-mêmes. En effet, les salariés recevant un revenu annuel inférieur à 50.150 florins sont obligatoirement affiliés à une Caisse d'assurance maladie publique.

Le reste de la population a le choix entre :

- adhérer à une caisse d'assurance maladie publique,
- souscrire un contrat d'assurance maladie auprès d'une compagnie privée d'assurance,
- financer elle-même ses dépenses.

Assurances publiques et assurances privées sont donc en concurrence sur une partie du marché. Cette concurrence est en partie biaisée par la possibilité pour les assurances privées de sélectionner les risques en choisissant leurs assurés, ce que ne peuvent pratiquer les caisses publiques.

Les caisses d'assurance maladie publiques sont financées par l'Etat et par leurs adhérents, tandis que les caisses privées ne le sont évidemment que par les primes payées par leurs clients. L'activité des caisses de maladie publiques est supervisée par un organisme qui contrôle les fonds de l'assurance obligatoire et ceux destinés à couvrir les dépenses exceptionnelles.

auprès de différents comités.

Il consulte en particulier :

- le "Gezondheidsraad" pour les problèmes scientifiques et éthiques,

- le "Nationale Raad voor de Volksgezondheid" pour la définition des programmes de santé publique,

- le "Collège voor Ziekenhuisvoorzieningen" pour la planification hospitalière,

- le "Centraal Overlegorgaan Turieven Gezondheidszorg" pour la fixation des tarifs hospitaliers, des honoraires des médecins et autres professionnels de santé.

Le système d'offre de soins est essentiellement organisé autour du médecin généraliste. En effet, chaque Néerlandais s'inscrit sur la liste d'un médecin généraliste qui recevra ses honoraires directement à la caisse à laquelle appartient son client.

L'accès au médecin spécialiste et à l'hôpital (soumis depuis 1983 au budget global) n'est possible qu'après consultation et accord du médecin généraliste.

Parallèlement à ce système, un secteur des médecines alternatives s'est mis en place et certaines sont remboursées par des contrats souscrits auprès d'assurances privées.

La distribution des médicaments est assurée par des pharmacies. Les pharmaciens sont rémunérés à l'acte et disposent du droit de substitution. Ils sont fortement incités à délivrer les produits les moins chers dans l'indication donnée.

LE SYSTEME PORTUGAIS

Les Portugal en quelques chiffres

Le Portugal a une superficie de 92.080 km² et sa population s'élevait en 1989 à 10,3 millions d'habitants, soit une densité de 111,6 hab/km².

En 1987, 17,4% de la population avait plus de 60 ans et 22,7% moins de 15 ans.

En 1989, le taux de natalité était de 12% et celui de mortalité de 9%.

L'espérance de vie était à 72 ans pour les hommes et 78 ans pour les femmes.

En 1990, le PIB s'élevait à 52,15 milliards de dollars US et le PIB par habitant étaient à 5.073 dollars US.

8,2% des dépenses de l'administration centrale étaient consacrées à la santé.

En 1987, on recensait 43.511 lits d'hôpitaux (1 pour 235 hab.) et en 1989, 2,8 médecins pour 1.000 habitants.

Le système de santé

L'Etat portugais, à travers un système de santé national dont les dépenses sont socialisées, garantit à toute sa population le droit aux soins, quelle que soit sa situation économique et géographique. Il s'appuie également sur un secteur privé dont il contrôle les prix. ce secteur possède un rôle complémentaire et couvrait, en 1984, 8% des soins hospitaliers et 80% des soins ambulatoires.

Le système de santé national assure principalement les soins primaires et les soins hospitaliers. La médecine spécialisée dépend en grande partie du secteur privé.

Les médecins exercent à la fois en secteur public et en secteur privé.

Dans ce dernier secteur, ils sont rémunérés sur la base d'honoraires acquittés par le patient. Ces derniers sont, dans certains cas et sous certaines modalités, remboursés par le Service national de santé. Ils ont également la possibilité de souscrire une assurance auprès des compagnies privées.

Le financement du réseau de soins primaires et du système hospitalier public est assuré par un budget global pour chacun d'eux.

Bibliographie :

- BLANPAIN : Comparaisons internationales des systèmes de santé, CREDES, 1985, 121 p.
- CASPARIE, HERMANS, PAELINCK (editors) : Competitive health care in Europe, Dermouth publishing company limited, 1990, 429 p.
- L'ETAT DU MONDE 1992 : Annuaire économique et géopolitique mondial. Edition La découverte, 1991, 638 p.
- MIZRAHI : Le système de santé en France de 1950 à 1989, CREDES, 1991, 28 p.
- MOUGEOT : Le système de santé : centralisation ou décentralisation, Edition Economica, 1986.
- SAILLY : Analyse de six systèmes de production, de tarification et de financement des soins de santé : Belgique, France, Grande-Bretagne, Japon, Québec et Suède, CRESGES, 1988, 183 p.