

Séminaire SEPOSA

Les réformes des systèmes de santé en Europe depuis 1980

Christine ANDRÉ

PSE – Cepremap

christine.andre@ens.fr

19 Octobre 2012

Parmi les composantes de l'Etat providence, la santé: est le domaine qui concentre, avec celui des pensions, le plus de "grandes" réformes dans la période contemporaine. Une des raisons majeures: *les dépenses de santé sont, après les retraites, la composante des dépenses sociales la plus importante. Ces deux catégories de dépenses connaissent la croissance de long terme la plus soutenue.*

Ainsi, dans les **14 pays d'Europe de l'Ouest appartenant à l'UE-15** examinés ici, les dépenses de santé représentent 9% à 11% du PIB en 2010, plus de 75% de ces dépenses étant à caractère public (sauf en Grèce, Portugal, Irlande: 60% à 70%).

D'où multiples et incessantes réformes des systèmes de santé en Europe, étudiées ici **sur longue période (depuis 1980).**

2 objectifs de cette analyse comparative.

Premier objectif: Comparer plusieurs catégories d'évolution

1-les évolutions de quelques grandes caractéristiques institutionnelles des systèmes de santé au travers d'un examen du contenu des **réformes** (nouveaux dispositifs, "grignotage" par changements des paramètres, acteurs, etc.), des transformations des **dépenses** et des **ressources** ainsi que de leurs affectations.

Réformes des systèmes de santé: particulièrement difficiles à concevoir et à mettre en oeuvre compte tenu de la complexité des objectifs de santé, de l'importance des facteurs contextuels sur les grands objectifs des systèmes de santé (voir plus bas), des multiples dimensions caractérisant les systèmes de santé, du rôle des divers acteurs intervenant (autorités administratives, professionnels, compagnies d'assurance, chaînes de cliniques, industries, patients...), etc.

2-les évolutions des différentes catégories de "résultats". Bien évidemment le terme "résultat" doit être considéré avec une grande prudence et il est utilisé ici pour de raisons de simplicité. On associe les "résultats" aux "objectifs" assignés aux systèmes de santé. On propose de distinguer des **objectifs finaux** (essentiellement "satisfaire les besoins de santé" et "améliorer l'état de santé de la population") et un objectif de réduction des inégalités, des **objectifs intermédiaires** (efficacité, qualité, degré d'utilisation des services de soins, etc.), et un **objectif de satisfaction de la population vis-à-vis du système de santé**.

Difficultés spécifiques à la définition d'objectifs et de résultats en matière de santé

1) Les concepts d'objectifs ou de résultats "*finaux*" des politiques de santé soulèvent des difficultés particulières. Ils sont associés:

-à la satisfaction des *besoins de santé* : dimensions objectives et/ou subjectives ; ce qui est considéré comme besoins de santé par une société évoluée dans le temps ; les besoins et les désirs sont différents, etc. (Batifoulier et al., Hodgson). Une analyse complète nécessiterait donc de considérer leur contexte global sociétal, social, économique, technologique, culturel, etc.

-à l'amélioration de l'*état de santé* qui dépend de la réponse aux besoins apportée par les politiques de santé et de multiples autres facteurs: facteurs génétiques, consommation (nourriture, alcool, tabac, etc.) et modes de vie, habitudes du milieu familial, niveau d'éducation, des revenus, caractéristiques de l'emploi, environnement, etc., facteurs qui sont tous entrelacés de façon complexe et insuffisamment connue. Il existe aussi des indicateurs d'état de santé "subjectif" outre ceux d'un état de santé "objectif" couramment associés à l'espérance de vie, etc.

La réduction des *inégalités de l'état de santé* peut être considérée comme un objectif 'final'.

2) Les résultats "finaux" étant sous l'influence d'un large ensemble de facteurs contextuels qui dépasse ce qui est désigné par "politique de santé", *les réformes visent en général des objectifs intermédiaires censés participer à l'amélioration des résultats finaux*, mais on verra que les effets observés peuvent être différents des effets attendus en matière d'amélioration de la santé.

3) *Les réformes sont aussi obligées de tenir compte de la satisfaction vis-à-vis du système de santé.*

**Second objectif: Examiner l'articulation entre ces deux types de changements:
ceux des caractéristiques des systèmes de santé, ceux des résultats**

On comparera les évolutions des caractéristiques des systèmes de santé et les évolutions de divers indicateurs de "résultats" afin d'examiner si des rapprochements peuvent être faits, ce qui peut permettre d'éclairer la part jouée par les systèmes de santé dans les évolutions des résultats. Mais seules des hypothèses pourront être faites.

Une analyse comparative macroéconomique et sur la longue période

Si le *niveau macroéconomique de l'analyse* ne permet pas une étude précise des effets d'une mesure, il permet de prendre en compte, notamment lorsque le long terme est considéré, certains phénomènes de composition:

-la complémentarité/substitution entre effets de mesures adoptées dans une même période et visant des objectifs différents. Par exemple, certaines mesures peuvent avoir des effets qui se neutralisent ou se renforcent.

-le fait qu'une même pathologie n'est pas traitée de la même façon dans les différents pays étudiés et donc que des mesures différentes dans leur forme (concernant par exemple le secteur ambulatoire ou le secteur hospitalier) peuvent avoir un objectif semblable.

Une *analyse sur la longue période* permet aussi de prendre en compte l'étalement progressif dans le temps de la mise en oeuvre des mesures et donc aussi de leurs effets. *Le plus souvent, on peut repérer la date d'adoption d'une réforme mais on n'a pas d'information sur le degré d'application de la réforme dans le temps.*

(Traitement macroéconomique et sur la longue période: cohérent avec le concept de configuration).

Analyse: objectif limité, empirique

Idéalement, une recherche comparative sur les relations entre les évolutions des caractéristiques des systèmes de santé et les évolutions de leurs résultats relève de la *théorie de la complexité* (boucles rétroactives). Ceci dépasse le cadre de cette recherche.

Par contre, l'analyse menée ici est sous-tendue par la notion de *configuration associée à la théorie de la régulation*. Une configuration pourrait être construite autour du concept d'état de santé ("noyau" de la configuration) et de ses diverses composantes et ferait apparaître les diverses "sphères" associées à leur *contexte*, les interrelations entre sphères, et les interrelations sphères-noyau. Ces sphères: politico-administrative, économique, sociale/ sociétale/ domestique, idéale.

Pour limiter les effets de contexte dans la comparaison et éclairer davantage les effets des systèmes de santé, on retient 14 pays d'Europe de l'Ouest appartenant à l'UE.

Le but n'est pas d'expliquer la formation des "résultats" des systèmes de santé mais d'élaborer une typologie basée sur les régularités des changements institutionnels des systèmes de santé et une typologie basée sur les régularités des évolutions des "résultats" puis d'examiner l'articulation entre ces typologies afin d'éclairer, en dynamique, la part de l'influence des systèmes de santé sur les "résultats".

On comparera aussi, pour chacun de ces domaines (changements de systèmes, changements des résultats), la typologie de l'évolution sur 1993-2006 avec celles des années de départ et d'arrivée dans le but d'apprécier le degré de "path-dependency".

LES EVOLUTIONS DES SYSTEMES DE SANTE EN EUROPE DE L'OUEST DEPUIS 1980

-Multiples réformes depuis 1980 dans tous les pays étudiés.

-Grandes tendances:

privatisation (concept multidimensionnel).

"New public management".

décentralisation (et parfois recentralisation).

-et autres formes d'intervention.

-Cette orientation a été largement développée sous l'influence de la montée d'une contrainte de financement qui a pesé sur la croissance des dépenses publiques (analyse économétrique).

-Cette contrainte: en partie associée à la mise en oeuvre des critères de Maastricht.

-La tendance à la privatisation a été renforcée par la présence d'une masse importante de capitaux en quête d'investissements lucratifs (tournant du début des années 1980, [Orléan]), auxquels le secteur de la santé offre des opportunités intéressantes et sûres.

LES DEPENSES ET LES RESSOURCES DES SYSTEMES DE SANTE

Notes:

a) *Pour des raisons de commodité, la présentation des regroupements de pays dans les tableaux suit systématiquement une typologie en 4 groupes qui résulte de l'application de modèles à effets fixes aux évolutions des dépenses de santé sur 1980-2001. Il se trouve que cette typologie est identique à une typologie "classique" de l'Etat-providence en Europe de l'Ouest bien que celle-ci soit en général fondée sur des composantes excluant les services de soins de santé. Les regroupements de pays selon diverses dimensions des systèmes de santé qui sont obtenus dans l'analyse suivante recourent, en plus ou moins grande partie, cette typologie. Les commentaires portent bien sur les typologies obtenues.*

b) Une ligne de partage habituelle pour les systèmes de santé est celle entre: 1. Systèmes financés majoritairement par impôt (couverture universelle, résidents): pays nordiques, anglo-saxons, du Sud (mais Grèce?); 2. Systèmes financés majoritairement par cotisations sociales (couverture professionnelle): pays continentaux (mais seulement pour 46% en Autriche). D'autres critères peuvent être considérés.

c) Les abréviations utilisées sont les suivantes: Be: Belgique, Fr: France, Au, Autriche, Al: Allemagne, PB: Pays-Bas, Dk: Danemark, Su: Suède, Fi: Finlande, RU: Royaume Uni, Ir: Irlande, It: Italie, Es: Espagne, Po: Portugal, Gr: Grèce.

Les évolutions des dépenses et des ressources des systèmes de santé (valeurs max en bleu, min en rouge)

	Be	Fr	Au	Al*	PB	Dk	Su	Fi	RU	Ir	It	Es	Po	Gr
<i>Dépenses totales de santé en % du PIB</i>														
1980	6.3	7.0	7.5	8.4	7.5	8.9	9.0	6.3	5.6	8.3	7.7b	5.3	5.3	5.1
2005	10.3 ^e	11.1	10.2	10.7	8.0a	9.1 ^e	9.1	7.5	8.3d	7.5	8.9	8.2 ^e	10.2 ^e	10.1
<i>Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales</i>														
1980	nd	80.1	68.8	78.8	69.4	87.8	92.5	79	89.4	81.6	79.5b	79.9	64.3	55.6
2005	72.3 ^e	79.8	75.7	76.9	63.1a	84.1 ^e	84.6	77.8	87.1d	78	76.6	71.4 ^e	72.7 ^e	42.8
<i>Structure du financement des systèmes de santé: en % des ressources totales</i>														
<i>Administration générale I</i>														
1980	nd	4.3	nd	11.7	5.4	87.8	92.5	66.6	89.0	70.9b	79.2b	nd	nd	nd
2005	4.2 ^e	4.9	29.7	9.5	3.9a	84.1 ^e	84.6	61.1	80.9a	77.4	76.4	66.5 ^e	71.9	nd
<i>Sécurité sociale II</i>														
1980	nd	75.8	nd	67.0	64.0	0	0	12.5	0	0.8b	0.3a	nd	nd	nd
2005	63.3	74.9	46	67.4	59.2a	0	nd	16.6	nd	0.5	0.1	4.9 ^e	0.8 ^e	nd
<i>Versements directs des ménages III</i>														
1980	nd	12.8	nd	10.3	nd	11.4	nd	18.4	8.6	16.5b	17.1b	nd	nd	nd
2005	21.2	6.9	16.4	13.1	9a	14.3 ^e	nd	17.8	nd	13.4	20.3	22.4 ^e	22.3 ^e	nd
<i>Assurance privée et autres fonds privés IV</i>														
1980	nd	5.7	7.6	11	nd	nd	nd	2.6	1.3	11.8b	3.4b	3.2	0.8b	nd
2005	6.5	13.5	7.9	10	23a	nd	nd	4.5	nd	8.6	3.1	6.2 ^e	5.1	nd
<i>I+II</i>														
1980	nd	80.1	nd	78.7	69.4	87.8	92.5	79.1	89.0	71.7	79.5b	nd	nd	nd
2005	67.5	79.8	75.7	76.9	63.1*	84.1 ^e	84.6	77.7		77.9	76.5	71.4 ^e	72.7 ^e	
<i>II+IV</i>														
1980	nd	18.5	nd	21.3	nd			21	9.9	28.3	20.5	nd	nd	nd
2005	27.7	20.4	24.3	23.1	32*			22.3		22	23.4	28.6 ^e	27.4 ^e	
<i>Dépenses totales de santé en % du PIB</i>														
2000	8.1	10.1	10	10.4	8	8.7	8.2	7.2	7	6.1	8	7.2	9.3	8
2010	10.5	11.6	11	11.6	12	11.1	9.6	8.9	9.6	9.2	9.3	9.6	10.7	10.2
<i>Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales</i>														
2000	74.6	79.4	74.6	79.2	66.4	83.9	84.9	71.3	78.8	75.1	72.5	71.6	66.6	60
2010	75.6	77	75.6	76.8	85.7	85.1	81	74.5	83.2	69.5	79.6	73.6	65.8	59.4
<i>Structure du financement des systèmes de santé: Versements directs des ménages en % des dépenses totales</i>														
2000	15.9	7.1	20*	11.4	9	14.7	16.6*	22.3	11.4	15.3	24.5	23.6	24.3	10d
2010	14.2	7.3	19.4	13.2	nd	13.2	16.8	19.2	8.9	17.4	17.8	20.1*	26	28.4

Les dépenses

1) Stabilisation-convergence en longue période

-la convergence/stabilisation des évolutions des dépenses détaillées ci-dessous est spécifique à la santé. Elle n'existe pas dans le cas des pensions ni dans celui des prestations sociales totales.

-globalement convergence/stabilisation des évolutions des dépenses totales et publiques jusqu'au milieu des années 2000:

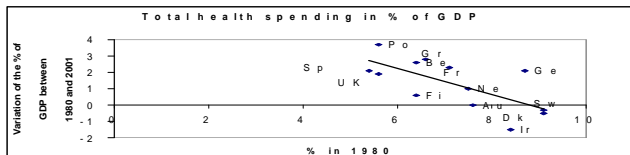
mesurées en % du PIB: sur 1980-2001, sur 2000-2005.

convergence des taux de croissance des dépenses totales et publiques par tête à prix constants quand on compare 1980-1990 et 1993-2001 (période 1990-1993 exclue car fort ralentissement économique et perturbations).

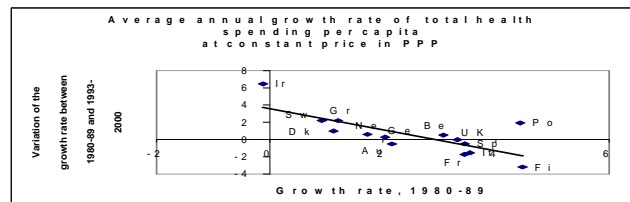
plus grande dispersion des variations dans seconde moitié des 2000 (période 2008-2009 avec fort ralentissement économique).

-une tendance au ralentissement général de la croissance annuelle des dépenses à prix constants pour les années récentes.

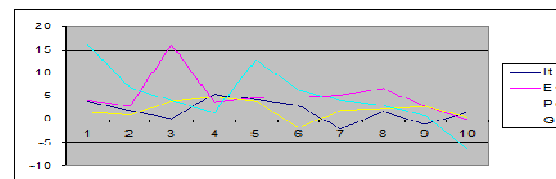
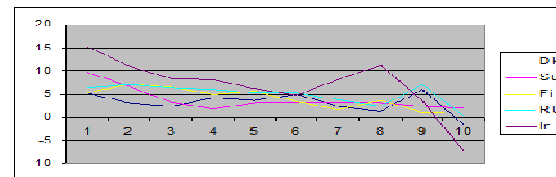
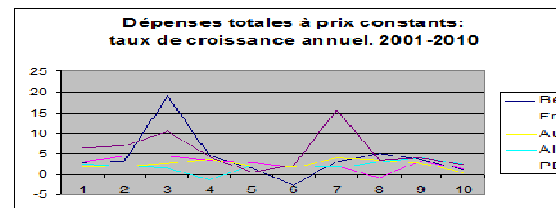
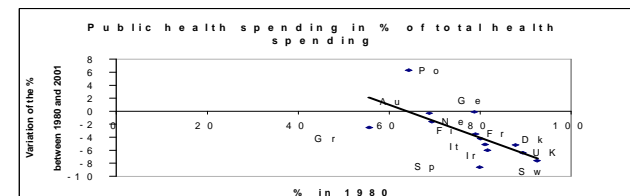
-convergence/stabilisation du partage public-privé jusqu'au milieu des années 2000, interrompue ensuite (ralentissement économique).

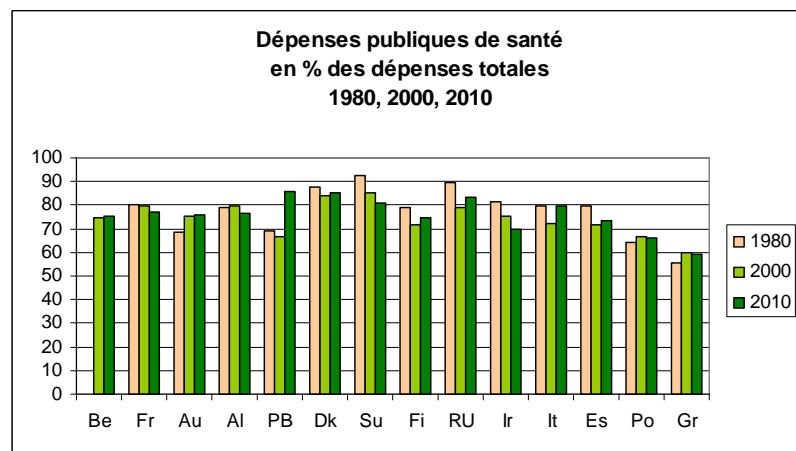
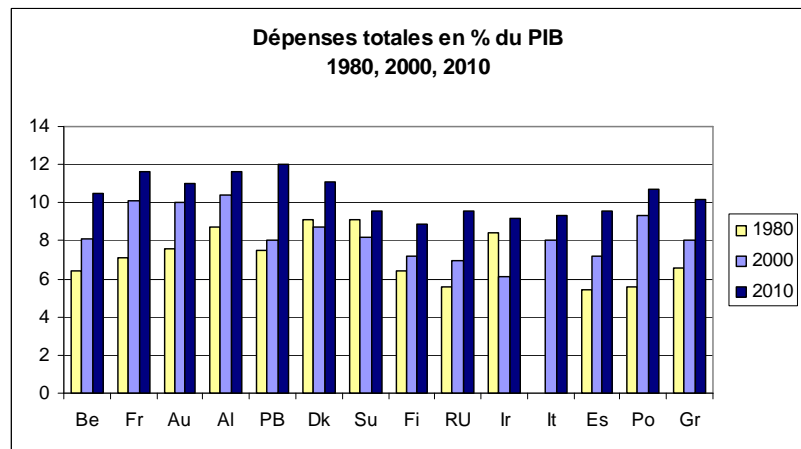
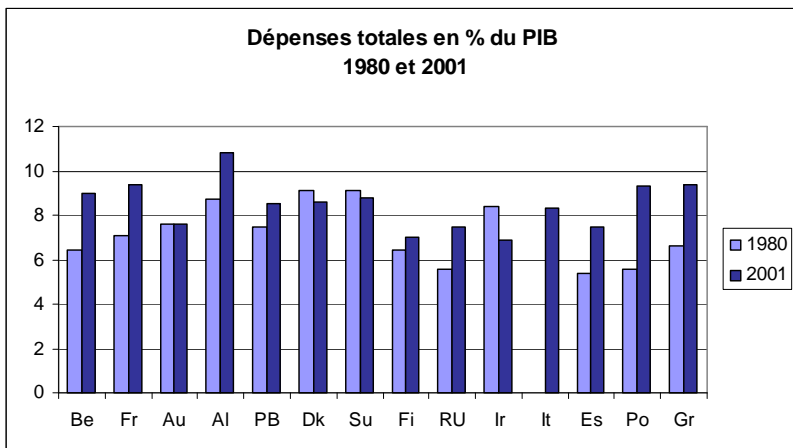


Figure



Figure

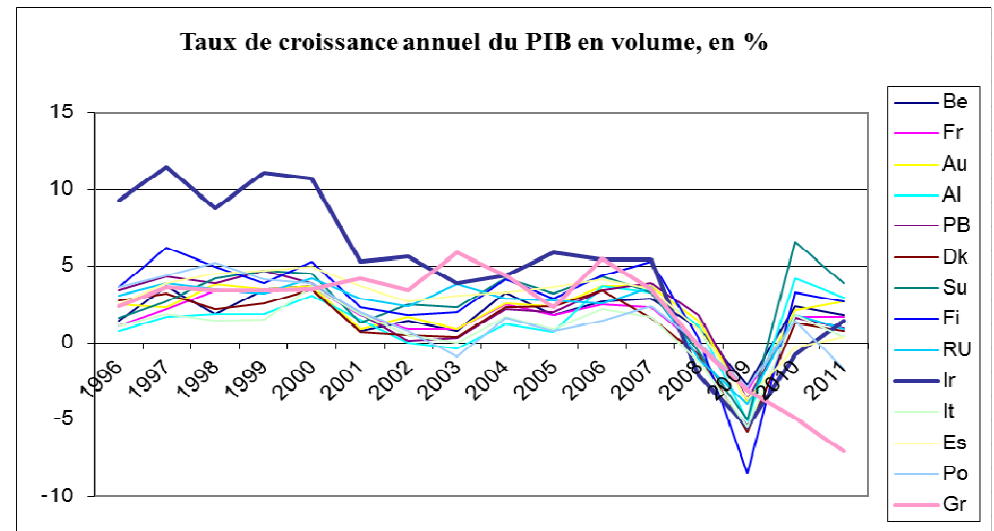
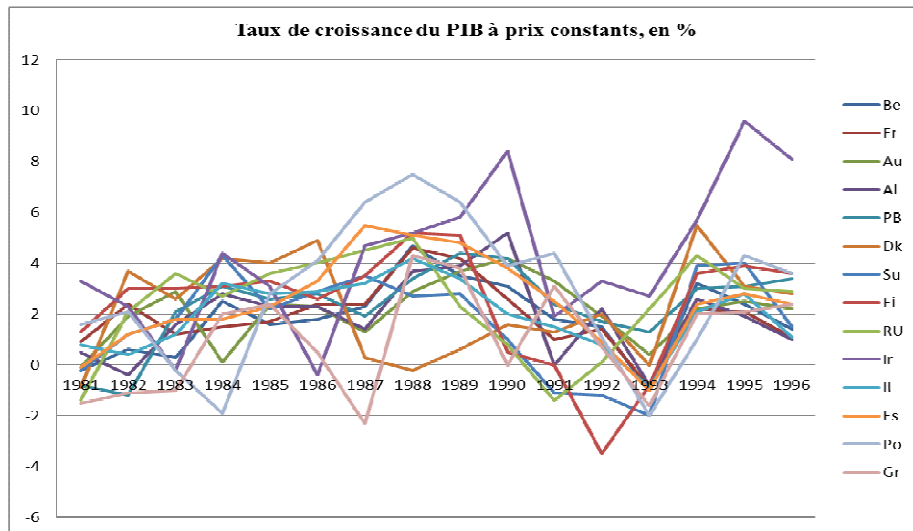




2) Un tournant

-*présence d'un tournant au début des années 1990*, période de ralentissement de la croissance des dépenses et de préparation du Traité de Maastricht: **identification d'une contrainte de financement nouvelle** (modèles à effets fixes et analyse en composantes principales).

-pas assez de recul pour apprécier si tournant pour années récentes où également ralentissement économique.



3) Des spécificités maintenues de la structure des dépenses

-maintien des spécificités nationales pour la structure en grandes composantes (hôpitaux, secteur ambulatoire, pharmacie) et pour le mode de financement public-privé de chaque composante.

Principales composantes des dépenses de santé

	Part dans les dépenses totales, en %						Part des dépenses publiques dans les dépenses totales pour chaque composante , en %					
	Secteur hospitalier		Secteur ambulatoire		Secteur de pharmacie		Secteur hospitalier		Secteur ambulatoire		Secteur de pharmacie	
	1980	2000	1980	2000	1980	2000	1980	2000	1980	2000	1980	2000
Be	33.1	34.9	39.2	33.7	17.4	16.2	69.8	(1996) 68.1			57.3	(1997) 44.7
Fr	50.2	42.3	21.1	22.8	16	20.3	92	92.3	72.6	65.3	66.5	65.1
Au	42.3	38.3	19.3	31	12.4	15.4		81.5	66.4	63.8		73.5
Al	33.2*	36.6	33.4*	20.7	13.4*	13.6	85.6*	83.4	74.2*	78	73.7*	72.5
PB	54.6	39.8	19.6	21.5	8	10.8	81.8		56.4	(1997) 51.5	66.7	(1997) 64.2
Dk	61.6	53.2	22.3	26.1	6	8.7	95.6	94	84.3	77.5	49.9	49.5
Su		46.3		23.8	6.5	13.9		98.9		71.7	71.8	69.4
Fi	46.3	39.9	25	30.3	10.7	15.5	92	91.8	72	70.9	46.7	50.2
RU					12.8						67.6	(1997) 64.2
Ir					10.9		83				52.7	80.1
It	46.3	41.4	26.7	30.3	16.3	22.3		94.5		70.6		44.4
Es	54.1	28.2		39.7	21	21.3	81.2	86.9		62.8	64	73.5
Po	28.7	33.9			19.9	23	93.4				68.6	
Gr					18.8	15.4					60	70.5

Les ressources

(Les séries sur la structure du financement ne permettent pas une appréciation précise des évolutions compte tenu de plusieurs changements importants intervenus dans la méthodologie de leur construction. On ne peut donc repérer que de grandes tendances depuis 1980.)

Les évolutions au sein d'un pays varient souvent selon les sous-périodes.

1) Le financement public se partage entre impôts et cotisations sociales.

1.a- *La part des impôts tend à baisser dans le long terme.* Mais elle augmente en Irlande (graves insuffisances du système de soins au début de la période, d'où interventions de l'Etat) et, pour le début des années 2000 en Italie et en Espagne. La part des impôts est globalement stable en France.

1.b- *Les cotisations sociales sont souvent stables dans les pays où elles sont importantes, sauf aux Pays-Bas où elles diminuent au profit des assurances privées. Le plus souvent, la part patronale se réduit alors que celle des assurés augmente.*

2) Les ressources privées se partagent entre versements directs des ménages et assurances privées. Les nouveaux paiements demandés aux ménages sont parfois pris en charge par les assurances privées.

2.a- *La part des paiements directs des ménages peut être importante.* En 2010, elle est la plus faible en France (7,3%, mais compensation par l'assurance privée), au Royaume-Uni, et aux Pays-Bas. Elle varie entre 13% et 18% en Belgique, Allemagne, Danemark, Suède, Irlande, Italie; elle est de l'ordre de 19-20% en Autriche, Finlande, Espagne; et plus importante au Portugal (26%) et en Grèce (28,4%).

2.b- *En général, l'assurance privée est moins développée lorsqu'il y a un SNS.*

Quels que soient son importance initiale et le type d'organisation du système de soins, la part de l'assurance privée dans le financement total tend à augmenter dans le long terme, mais elle reste parfois stable dans les années récentes.

L'assurance privée est particulièrement importante aux Pays-Bas (23% en 2005), puis en France et en Allemagne (13,5% et 10%).

LES INSTRUMENTS DES REFORMES

Les évolutions observées des dépenses résultent à la fois de variations "automatiques" (démographie, prix relatifs, etc.) et de variations "discrétionnaires" associées à l'adoption de mesures nouvelles.

Quelles ont été ces nouvelles mesures et quels ont été leurs objectifs?

Objectifs principaux: -réduire la progression des dépenses publiques de santé par divers moyens (contrôle du volume des soins et des médicaments, report sur le secteur privé, contrôle de la demande, etc.)

- augmenter l'efficacité et la qualité des soins (privatisation, concurrence...),
- promouvoir l'innovation,
- élargir le choix des patients,
- apporter une meilleure réponse aux besoins, améliorer la réactivité des services de soins.

Instruments: privatisations, "new public management" dans le secteur public, décentralisation, et autres formes d'intervention publique.

1) Privatisation

-*Privatisation: concept flou.* Sens le plus courant: type de propriété, associé à la recherche du profit. Mais plusieurs sens possibles.

-*Particularité du système de santé: secteur privé lucratif et à but non lucratif.*

-*Très souvent secteurs public et privé sont mêlés:* partenariat public-privé (PPP), financement du privé par le public, financement du public par le privé, contrats entre autorités publiques (régions, fonds d'assurance) et fournisseurs de soins privé, contrats entre hôpitaux publics et cliniques privées, pratique privée dans les hôpitaux publics, etc.

-Hausse du financement privé considérée comme une forme de privatisation.

1.a- Privatisation et assurance privée

La place des assurances privées dépend du type de système de santé:

-elle est plus importante dans ceux fondés sur un principe d'assurance que dans ceux fondés sur un système public-intégré

-elle dépend du champ qui leur est laissé: selon qu'elles sont substitutives, complémentaires ou supplémentaires.

Population couverte par une assurance privée en % de la population totale, 2000 ou année la plus proche

	Couverture par une assurance substitutive *	Couverture par une assurance complémentaire *	Couverture par une assurance supplémentaire *	Couverture par une assurance privée **
Belgique 2000	7.1%	30-50%		57.5%
France 1998	Marginale (frontaliers)	85% (et 94% en 2000)		92%
Allemagne 1999	9%	9%		18.2%
Autriche 1999	0.2%	18.8% (hôpital: 12.9%)		31.8%
Pays-Bas 1999	24.7% (+4.2% WTZ)	>60%	Marginal	92%
Denmark 1999	Aucune	28%		28% (1998)
Sweden 1999	Aucune		1.0%-1.5%	Négligeable
Finland 1996	Aucune	Aucune	Enfants<7: 34.8%	10%
			Enfants 7-17: 25.7%	
			Adultes: 6.7%	
Royaume Uni 2000	Aucune			10%
Irlande 2000	Aucune	45%	11.5%	43.8%
Italie 1999	Aucune	15.6%		15.6% (1999)
Espagne 1999	0.6%	11.4%		13%
Portugal 1998	Aucune		12%	14.8%
Grèce	Aucune		10%	10%

* Source: (Mossialos and Thomson); ** Source: OECD, Private health insurance, 2004.

Interventions publiques: incitations fiscales, réglementation

1.b- Privatisation et soins hospitaliers

Le secteur des soins hospitaliers a offert diverses opportunités de privatisation directe, l'investissement financier dans des cliniques privées étant jugé particulièrement rentable et stable, dans une période qui s'ouvre en 1980 où la masse de capitaux cherchant à se placer s'est accrue de façon accélérée.

D'où: -vente d'hôpitaux publics en Allemagne (importante), en Autriche et en Suède.

-construction de cliniques privées.

-développement d'une activité privée des médecins dans les hôpitaux publics.

-externalisation de certaines activités (nettoyage, restauration, soins, gestion des hôpitaux, etc.).

-partenariat public-privé (ex.: PFI au Royaume-Uni, hôpital d'Evry...).

1.c- Partage des coûts

Développement des paiements directs par les ménages, outre la progression de l'assurance privée.

2) "New Public Management"

Introduction et développement, au sein du secteur public, de mécanismes de marché-concurrence et de nouveaux modes de gouvernance.

Le rapprochement avec le mode de fonctionnement du secteur privé est supposé développer les avantages attribués à ce secteur.

D'où: -marchés internes et quasi-marchés, externalisation.

-*autonomie de gestion sous contrainte de financement tendant à se durcir et avec ou sans autonomie financière. Hôpitaux: budgets globaux, groupes de soins homogènes, etc. (parfois même: transformations d'hôpitaux publics en Trusts); secteur ambulatoire: réseaux de soins primaires.*

-*séparation acheteurs/producteurs de soins pour concurrence entre assureurs et entre producteurs de soins.*

-associations secteur public-secteur privé.

-déréglementation.

3) Décentralisation

Décentralisation fréquente, mais *parfois recentralisation récente.*

Plusieurs formes: délégation (niveau organisationnel), déconcentration (niveau administratif), dévolution (niveau politique).

Objectifs: certains sont semblables à ceux de privatisation: efficacité technique, adaptation aux besoins, innovation.

différents de ceux de privatisation: fonction d'allocation; pas de recherche de profit; revendications politiques anciennes (Espagne) ou recherche de plus de démocratie (Pays-Bas); report de tensions existant au niveau administratif central sur les niveaux régionaux et locaux.

4) Autres interventions publiques

-*Contrôle des dépenses*: contrôle politique ou administratif des enveloppes globales de dépenses (Parlement en France; Belgique).

contrôle direct des prix et tarifs.

contrôle des modes de paiement des médecins (rémunération à l'acte, capitation, salaire).

contrôle de ce qui est pris en charge par le financement public (médicaments, etc.), panier de soins.

contrôle de l'accès aux soins (spécialistes, hôpitaux) par le médecin référent ("gatekeeper").

-*Evaluation de la qualité.*

des nouvelles technologies médicales.

-*et normalisation* recherchée (paniers de soins....).

-*Amélioration de la couverture de la population.* Ex. de CMU.

-*Elargissement de la base de financement.* Ex. de CSG.

- **LES PRINCIPALES REFORMES PAR PAYS**

- *Note pour tableaux:*
- *Gatekeeper:* quand [], existence ancienne.
- -required r: enregistrement obligatoire auprès d'un généraliste
- -required h: obligatoire pour avoir accès à une hospitalisation
- -incentives: for registration

Financement, assurance

	BELGIUM	FRANCE	AUSTRIA	GERMANY (Unification)	NETHERLANDS
System (1990s)	Public-contract. Insurance, reimbursement.	Public-contract. Insurance, reimbursement. National health insurance. Complementary insuran.: voluntary, private, mainly not-for-profit. 1999: CMU.	Public-contract. Insurance funds at regional level. Some big firms have their own fund. Substitutive insurance.	Public-contract. Insurance. Länder. Major role of social partners in insurance funds. Statutory insurance covers 88% of population, private funds 9% (2001). No statutory insur for high incomes (then 2002,2003).	Public-contract. Insurance. Search for consensus in the process of reforms.
Financing, structure of insurance funds	<i>2005: funds are gathered in a National Institute.</i>	<i>1991: CSG (tax) 1996: Parliament 2005: UNCAM etc. (control by state and disengagement of state.)</i>		<i>2003: Commission Rürup. 2007: unitary contribution, possibility of complementary contribution, equalizing fund, basic package; extension of coverage (high incomes).</i>	<i>AWZB, ZFW, private schemes. 1986: WTZ (social). 2006: compulsory basic insurance (and free choice of the insurers).</i>
Privatization	Some development of private insurance (mainly not for profit, few for profit). ↑ complement. for hospital. 2005:6.5%	Some development of private insurance. 2005: 13.5%	Some private insurance. 2005:7.9%	Some development of private insurance (main effect of unification). 2005: 10%	Ambiguity of division public/private. Sickness funds can pay for private services. 2001 (planned 2006): public and substitutive private funds will merge, and the new funds administered by competing insurers (including for-profit). Vouchers. 2005: 23%
Autonomy, market mechanisms	<i>1990: extended public regul. but 1994: competition.</i>	<i>2004: more autonomy of funds but under tighter state control.</i>		<i>1992: plan Seehofer, more competition between insurers, choice. 1997, 2000, 2003, 2007: more autonomy and competition. 1998: some re-regulation for controlling competition.</i>	<i>1987: plans Dekker then Simons. (Compulsory gen. insurance for large risks, Competition between insures and between providers, choice). Failure and abolition in 1994. 1998: regulation for ensuring competition and forbidding agreements. 2006: High degree of public regulation.</i>
Cost sharing	1990s, 2000s: cost sharing increase. 2002: ceiling on annual pay. by patients. 2005: 21.2%	Cost sharing widely transferred to private insurance until 2005, then change. 2005: 6.9%	Cost sharing increase. 2005: 16.4%	Cost sharing increase. 1988-89: reform Blüm. Middle of 1990s, 2003: cost sharing. 2005: 13.1%	Cost sharing increase. 1994: sickness benefits deferred to companies. 2005:9%

Financement, assurance (suite)

	DENMARK	SWEDEN	FINLAND	UNITED KINGDOM	IRELAND
System (1990s)	Public-integrated. Insurance covers 97% of population. Possibility of agreements between insurance funds and organizations of general practitioners.	Public-integrated. National insurance: only for sickness benefits. No compulsory insurance for care (care was free for a long period, so few complementary insurance funds).	Public-integrated. Universal insurance (residents) for the part not covered by NHS and for sickness benefits. Limited private insurance.	Public-integrated. Private insurance for a small part of population, which covers mainly care in private sector.	Public-integrated Insurance: for some groups. Also: voluntary public health insurance.
Financing, structure of insurance funds	<i>If subscribing a special insur.: free choice + pay some costs. 1994: implementation of social contributions.</i>	<i>(Insurance only for sickness benefits)</i>	<i>Noticeable part of insurance (universal insurance for people not covered by NHS and for sickness benefits)</i>	<i>From 1980 onward: benefits submitted to taxes</i>	<i>Insurance for some categories of population.</i>
Privatization	From the 1990s onward: some development of private insurance (not-for-profit and for-profit). 2005: nd	Some private insurance. Recent development of complementary. 2005: nd	Limited private insurance. 2005: 4.5%	Private insurance for private care. 2005: nd	1990s: development of some private insurance. 2005: 8.6%
Autonomy, market mechanisms					<i>1994, 2001: competition between insurance funds, new regulation.</i>
Cost sharing	1982: reduction of sickness benefits. 1994: employers pay some sick leave. Cost-sharing increase. 2005: 14.3%	1990s: Cost sharing increase. 1992: employers pay some sick leave. 2005: nd	1980s: employers pays some sick leave. 1997: Cost sharing increase. 2005: 17.8%	Cost sharing increase. 2005: nd	Cost sharing but also complementary insurance. 2005:13.4%

Financement, assurance (suite et fin)

	ITALY	SPAIN	PORTUGAL	GREECE
System (1990s)	1978: NHS. Compulsory universal health insurance (supposed to replace mutual funds and private insurance funds). Regional dimension: USL. Recent: regions and insurance.	1986: NHS, organized around regional services. Health ministry, Insalud (quasi-monopoly to manage and rationalize provision of care). 2002: Insalud abolished.	1979: NHS, but partial implementation (75-80% of population). New regional administrations.	1983: NHS; health insurance compulsory for employees and much fragmented. It was planned that this insurance would progressively include a large part of the private sector into the public sector.
Financing, structure of insurance funds	<i>1988: extension of coverage to high wages.</i> <i>1992 (1995): regionalization of health insurance.</i>			<i>Fragmentation of insurance funds.</i> <i>2002: reduction of the number of insurance funds.</i>
Privatization	2005:3.1%	1990s: complementary insurance increases along with private care. 2005:6.2%	1990s: incentives to private insurance. 2005:5.1%	1990s: incentives to private insurance. 2005: nd
Autonomy, market mechanisms	<i>Several regional models.</i> <i>Competition.</i>	<i>1990s: competition.</i>	<i>1989: competition.</i>	<i>1992: free choice of insurance funds.</i> <i>1996: insurance schemes can implement care networks.</i>
Cost sharing	Cost sharing increase. 2005: 20.3%	Employers pays some sick leave. Cost sharing increase. 2005: 22.4%	Cost sharing increase. 2005:22.3%	1990s, 1998: Cost sharing increase. 2005: nd

Soins

	BELGIUM	FRANCE	AUSTRIA	GERMANY	NETHERLANDS
System (1990s)	Public-contract. Insurance. Reimbursement Ambulatory: private. Hospitals: public or "parapublic".	Public-contract. Insurance. Reimbursement. Ambulatory: private (2 "sectors"). Hospitals: public, private (60% of private are for-profit).	Public-contract. Medical staff: contracts with sickness funds. Hospitals: federal authorities and Länder. Private clinics (28% of beds).	(Unification). Public-contract. Insurance. Länder. "Concerted action". Ambulatory: private. Hospitals: role of Länder, sickness funds. Some hospitals: for-profit.	Public-contract. Insurance. Ambulatory: key role of general practitioners. Private not-for-profit. Majority of health institutions: not-for-profit. Private for-profit sector is growing.
<i>General</i>	<i>1995: cap on growth of spending.</i>	<i>1993: RMO. 1996: reform, control by Parliament. 2004: reform (care, insurance). 2009: "HPST" law.</i>	<i>1984: cost containment reform. 1994: plan for regional distribution. 1997: reinforcement of role of the state. 2005: Both reinforcement and weakening of regulatory competence of federal state. Agreement with regions, better organization of care, changes for hospitals.</i>	<i>(Unification.) 1992: Seehofer plan: competition, planning and coordination. 2003-2007: big reform. Plan associated with Agenda 2010.</i>	<i>-1988-94 *: new market oriented measures, competition (plans Dekker and Simons), failure. -1994-2000: progressive state control. Preconditions for "regulated competition". -Since 2001: market oriented measures and State as regulator. 2006: reform. Until recently: cap on AWZB.</i>
Decentralization	Rather decentralized system. Increase of decentralization <i>2004: some recentralization</i>	Mid 1980s: Hospital regional agencies (ARH). Mid 1990s: role of ARH. 2009: ARS.	2005: agreement central authorities-regions. (Both reinforcement and weakening of regulatory competence of federal state).	(Role of Länder). 1998: more power of Länder (global budget...) and less power of insurance funds. (2003: incentives for care networks).	

Soins (suite)

	BELGIUM	FRANCE	AUSTRIA	GERMANY	NETHERLANDS
Decentralization	Rather decentralized system. Increase of decentralization <i>2004: some recentralization</i>	Mid 1980s: Hospital regional agencies (ARH). Mid 1990s: role of ARH. 2009: ARS	2005: agreement central authorities-regions. (Both reinforcement and weakening of regulatory competence of federal state).	(Role of Länder). 1998: more power of Länder (global budget...) and less power of insurance funds. (2003: incentives for care networks).	
Privatization	<i>Some mergers of public and private funds. Noticeable privatization by cost sharing.</i>	<i>1990s: control on volume of care of clinics (effect: they specialize in more profitable care). Private practice in hospitals.</i>	<i>Relatively moderate changes. 2005: better coordination public-private.</i>	<i>No systematic plan. 1992: Seehofer plan leading to some privatization. Recent: chains of clinics.</i>	<i>(Discontent in the 1990s). So new services for ambulatory: private clinics (generally not-for-profit). Some few for-profit). Private practice in hospitals. Hospital "active" for private services.</i>
Hospitals: governance, market mechanisms	1980s: control on spending. 1989: tariffs per day.	1984: reinforcement of global budget. 1993: DRG-RMO. More autonomy. 2009: new governance, "établissements de santé".	1989: sickness funds can contract with hospitals. 1997: valorised global budget (DRG + hospital characteristics). 2002: beginning of privatization of management of hospit. 2005: new organization of hospitals, better coordination hospitals-practitioners and public-private.	1977: global budget. 1992: Seehofer plan. 3 global budgets, in particular for hospitals. Proposition of DRG 2003: DRG.	1988, 1992: competition between care providers. Until 2001: negotiated tariffs. 2001: grants taking the activity into account. 2003: some DRG.
Ambulatory sector	<i>Gatekeeper: incentives r+h. 1990: global budget. 1992: more control on spending. Pay: from FFS to per diem.</i>	<i>1985: global budget. 1996: more control on global budget. Voluntary gatekeeper. 2005: generalized gatekeeper. Gatekeeper: incentives r+h.</i>	<i>No gatekeeper. Agreements for tariffs. Pay: FFS, capit.</i>	<i>[Gatekeeper: incentives r+h, widened in 2003]. 1992: global budget. 2003: incentives for care networks, gatekeeper reinforced. 2003-07: competition.</i>	<i>Gatekeeper: required r+h. Pay: capit., FFS. See "Privatization".</i>

Soins (suite)

	DENMARK	SWEDEN	FINLAND
System (1990s)	Public-integrated. NHS. Health plans decided by central authorities, adaptation by regions. Ambulatory: mainly private, and agreements with insurance funds. Hospitals: almost all are owned by counties and state.	Public-integrated. NHS with decentralized management. Ambulatory: mainly public. Also care centers. Counties, municipalities.	Public-integrated. NHS. Primary health care centers, publicly owned, under the responsibility of municipalities.
General	<i>1980s: control. Discontents of population with care. 1993: new social democrat government, which gives more choice to patients. 1997: new measures and reaffirmation of the public system. 2002: reform.</i>	<i>1992: reform Ädel: choice, decrease of central adm. control, increase of competition. 1995: new government: keeps always constraint on budget. Less accent on competition by counties. Then more cooperation. 1998: market oriented measures +counties. 2002: definition of national health objectives and national and local plans.</i>	<i>Sustained development. 1980s: high growth rate of spending. 1993: more decentralization.</i>
Decentralization	[Large role of counties in management and planning of hospitals]. 2007: concentration (reduction of number of counties for rationalizing spending).	Growing role of counties. 1982, 1985 (Dagmar): decentralization, wide autonomy of County councils (ambulatory services). 1992: County councils finance the districts, which purchase services to hospitals. 1998: more responsibilities of County councils, contracting out. 2002: obligation of local plans.	Since late 1980s and 1993: decentralization towards municipalities. 1990s: discontents: mobility of patients is authorized. 1993: more decentralization: local authorities purchase health services and put in competition hospitals and health care centres.
Privatization	<i>1980s, 1990s: experiments (discontents with the public sector), which fail. 1993, 2002: possibility of payment of private clinics by public fund, choice of any hosp. in Dk. 2002: possibility of choice of any hospital even abroad if long waiting lists. Role of local authorities in experiments of privatization.</i>	<i>1990s: limited experiments (Stockholm). 1994: privatization mainly in primary care stopped in 1995. 2000s: contract out, incentives for privatizing. Role of local authorities in experiments. Contracts public organizations/private sector (cleaning, labo., medic., operations) "Double working" doctors.</i>	<i>1990s: associations of public and private sectors, incentives to private sector.</i>
Hospitals: governance, market mechanisms	1993: outsourcing. Possibility of choice of any hospital in Dk. 1990s: some counties introduce DRG. 1999, 2000: DRG classification. 2002: possibility of choice of any hospital even abroad. 2003: more autonomy of hospitals, compet., split purchasers/providers of care.	Global budget. 1980s: budget based on activity. 1985: some DRG. 1992: reform Adel. Split purchasers-providers of care, more choice by patients, internal market, competition, hospitals have to find some financing by conventions of services with districts	1990s: larger autonomy of management. 1993: more competition.
Ambulatory sector	<i>[Gatekeeper: required r+h] With a special insurance: free choice of doctor + pay some costs. 1990s: some counties introduce DAG (equivalent of DRG).</i>	<i>No gatekeeper but incent. to see GP first. [Many independent providers paid mainly or in part by public sector.] 1994: privatization in primary care, stopped in 1995. Part of hospital care transferred to ambulatory sector. Pay: salary, capit.</i>	<i>Gatekeeper: required h. 1980s: introduction of the personal doctor. 1993: more competition of health care centres.</i>

Soins (suite)

	UNITED KINGDOM	IRELAND
System (1990s)	Public-integrated. NHS. Private sector not much developed. Role of England, Scotland, Wales, Northern Ireland.	Public-integrated. NHS. The ministry chooses the big orientations, regions manage health services (hospitals, social services). Hospitals: public, private not-for-profit and for-profit.
General	<i>1980s: budget squeeze. Competition.</i> <i>Government Blair: abandons partly competition but always split purchasers-providers of care and constraints on costs.</i> <i>1998-99: funding crisis, new plans (waiting lists, quality, provision of care, choice).</i> <i>2001: government increases public health spending and incentives to private sector.</i>	<i>(High growth rate of spending and of GDP).</i> <i>Main aim: improving the system (very low life expectancy).</i> <i>1992: reform.</i> <i>1994: strategic plan (competition).</i> <i>2001: reforms (financial responsibility of actors, quality, equity).</i>
Decentralization	Decentralization (deconcentration). Then responsibilities of regions increase. 1999: Health care responsibilities transferred to the constituent countries (England, Scotland, Wales, Northern Ireland). End of 1990s: functional distinction between regional health authorities and district authorities. 2001: strategic health authorities.	
Privatization	<i>1988: private practice in public hospitals.</i> <i>1990s: privatization for long term care and elderly (purchased by local authorities).</i> <i>1992: PFI (Private finance initiative).</i> <i>From 1997: more privatization.</i> <i>2000: Concordat NHS-Private sector.</i> <i>2001-03: PPP (public private partnership).</i> <i>2004: "Waiting, Booking and Choice" (relationships public/private)</i>	
Hospitals: governance, market mechanisms	Government Thatcher: substitutes contract to hierarchy. 1980s: competition. 1989-91: split purchasers-providers of care. NHS purchasers and private purchasers can choose between hospitals. 1990: competition, internal markets. (limited impact). Hospitals as Trusts. 2003: more competition + more autonomy for hospitals and new status.	1990s: increased responsibilities of actors. Global budget. Competition between care networks.
Ambulatory sector	<i>[Gatekeeper: required h, incentives r].</i> <i>1990s: care networks, General Medical Practitioners Fundholders; private practice.</i> <i>1997: Primary care groups.</i> <i>2003: Primary Care Trusts. Modification of contracts. Change of mode of payment.</i> <i>Pay: capit.</i>	<i>[Gatekeeper: incentives h].</i> <i>[Relatively low number of doctors.]</i> <i>1992: increased remuneration of professionals, global budget of prescriptions.</i> <i>1994: competition between medical networks.</i> <i>Pay: 1989: capit. replaces FFS.</i>

Soins (suite et fin)

	ITALY	SPAIN	PORTUGAL	GREECE
System (1990s)	1978: NHS. Regional dimension: USL (social and medical units) Tensions for the financing between the central state and regions until recently: 1992-93: reform. Always deficit. 1999: reform. Fiscal federalism for health system, with a solidarity fund between regions.	1986: NHS, organized around regional services. Choice of NHS for remedying regional and social inequalities. Accent on primary care. Tax must replace contributions. Health ministry, Insalud (quasi-monopoly for managing and rationalizing provision of care). Increasing role of autonomous communities. 1992: end of Insalud.	1979: NHS, but partial implementation. New regional administrations. Nationalization of some charitable hospitals.	1983: NHS. Interdiction to create new private hospitals. 1992: suppression of this interdiction, no obligation of an integration of public and private sectors.
General	<i>1978: NHS</i> <i>1992: reform Amato-De Lorenzo (regionalization of financing, liberalization of h.care services, competition).</i> <i>1999: fiscal federalism with a solidarity fund.</i> <i>2001: regions completely responsible for budget. equilibrium.</i>	<i>1986: NHS Ministry, Insalud.</i> <i>Accent on primary care.</i> <i>2002: end of Insalud.</i> <i>2002-03: intervention of the Ministry for supervising the system. Definition of minimum standards, model of common basic payments..</i>	<i>1979: NHS (partial implementation).</i> <i>1993: restrictive measures, decentralization.</i> <i>1995: new government stops some measures.</i> <i>2002: structural reform for controlling spending and improving quality.</i>	<i>1983: NHS</i> <i>1983-1992: interdiction of new private organizations.</i> <i>1992: suppression of this interdiction.</i> <i>1994: new socialist government.</i> <i>1996: Health service instead of central government.</i>
Decentralization	1992: regionalization. Then some recentralization from local to regional authorities. 2001: regions completely resp. for budget equilibrium.	1990s (1997): regionalization. 2002: role of the Ministry making easier cooperation between regions and supervising directly the system (instead of Insalud). Norms defined by the state. Complementary contributions decided by regions.	1993: some decentralization. 1997: attempts to decentralize more. 1999: 5 regional public health centers.	2001: law planning regional health system.
Privatization	<i>1980s: development of privatization (grants).</i> <i>From 1992: private practice in hospitals, partial reimbursement of private care.</i>	<i>1990s: "Double working" doctors.</i> <i>Public hospitals contract with private clinics.</i>	<i>1989: general plan of privatization for the economy, incentives to charitable hospitals..</i> <i>1993: incentives to private care.</i> <i>"Double working" doctors.</i> <i>PPP.</i>	<i>(Importance of private not-for-profit sector).</i> <i>1983-1992: interdiction of new private organizations.</i> <i>1992: suppression of this interdiction.</i>
Hospitals: governance, market mechanisms	1992: hospitals can become independent public agencies. 1997: DRG. 2000s: competition.	1990s: competition (mainly in autonomous regions). 1990s: global budget. Then contracts with Insalud (levels of activity, theoretical prices).	Split purchasers-providers of care. 2002: transformation of 34 hospitals into public enterprises. Contract between the Ministry and hospitals. Incentives to private types of management.	1996: global budget, some DRG. 2001: new management, development of contracts.
Ambulatory sector	<i>[Gatekeeper: required r+h].</i>	<i>[Gatekeeper: required r+h].</i> <i>1986: reform of primary care.</i>	<i>[Gatekeeper: required r+h].</i>	<i>No gatekeeper.</i> <i>1996: insurance schemes can implement care networks.</i> <i>2001: contracts of performance for doctors.</i>

*Une (ultra-)rapide caractérisation des grands changements
jusqu'au début des années 2000*

Belgique: pas de grande spécificité des changements.

France: mécanismes de marché et recherche d'une modernisation des services (par la privatisation).

Autriche: objectif de stabilisation des dépenses et de modernisation.

Allemagne: plusieurs tendances d'évolution associées aux conséquences de l'unification et au développement de mécanismes de marché.

Pays-Bas: grande importance du secteur privé et grand rôle de la réglementation par l'état.

Danemark: peu de changements structurels.

Suède: accent mis sur différents types de coordination, privatisation rampante.

Finlande: plus de responsabilités régionales/locales et encouragement de la privatisation.

Royaume-Uni: libéralisation, privatisation et une certaine décentralisation.

Irlande: une certaine réorientation vers le secteur ambulatoire et l'assurance complémentaire.

Italie: régionalisation et développement du secteur privé.

Espagne: imbrication des secteurs public et privé et régionalisation.

Portugal: incitations à la privatisation et à une gestion de type privé.

Grèce: rôle majeur du secteur privé.

QUELS RESULTATS ATTENDUS ET OBSERVABLES DE CES INSTRUMENTS DE REFORME?

Principaux objectifs recherchés:

- réduire la progression des dépenses publiques de santé par divers moyens (contrôle du volume des soins et des médicaments, report sur le secteur privé, contrôle de la demande, etc.)
- augmenter l'efficacité et la qualité des soins (privatisation, concurrence...),
- promouvoir l'innovation,
- élargir le choix des patients,
- apporter une meilleure réponse aux besoins, améliorer la réactivité des services de soins.

Mais des *résultats observables souvent différents de ceux recherchés*. Par exemple:

-Privatisation et assurance:

-inégalités dues à question de :

- couverture (pas de couverture des revenus faibles, et même quand système complémentaire spécial pour bas revenus (CMU en Fr), insuffisances; quand l'assurance couvre les versements directs des ménages, régressivité renforcée; lien redistribution-taille de population couverte).
- sélection des risques.
- renforcement des inégalités d'accès (PB: nécessité de corrections).
- recours aux soins souvent accrus par assurance privée, surtout spécialistes (Be, Au, Dk, Fi, RU, Ir, It, Es, Po), hôpitaux (Ir), médecins (Fr, RU, Ir).

-inefficacité:

coûts administratifs élevés; quand assurance privée est facultative, *moins de contrôle sur son fonctionnement; fragmentation* des assurances: moindre pouvoir de négociation avec producteurs de soins; peu d'incitations à efficacité; *concurrence détournée*: fusions, acquisitions; *risques transférés sur médecins*.

-élargissement du choix par les patients: en fait, faible mobilité.

-coûts pour les finances publiques: incitations fiscales (mais se réduisant); augmentation de la demande globale de soins, et répercussion sur dépenses publiques de soins; nécessité de réglementation publique coûteuse pour l'état.

-contrôle des coûts de production des soins plus difficile quand plusieurs payeurs sont en concurrence.

-Privatisation et producteurs de soins:

-efficacité: impossibilité de comparer au niveau macroéconomique l'efficacité des hôpitaux publics et privés (activités différentes, équipements coûteux et contraintes d'ouverture-accueil de tous les cas-enseignement-recherche dans le public...).

croissance des prix en santé serait plus faible quand secteur public est large (Globerman-Vining).

fragmentation dans secteur privé et moindres économies d'échelle.

dans certains cas incitations à concurrence mène à coopération (Su), fusions-acquisitions (Al).

moins de prévention dans le privé.

-risque d'instabilité de production de soins, notamment en période de crise.

-inégalités avec privé lucratif.

-emploi: différences de paiements des personnels entre public et privé, et selon catégories

-Paiements directs des ménages:

inégalités; effets sur croissance des dépenses: freinage à court terme, mais pas d'évidence que freinage dans long terme; pas de réduction de la demande de soins quand les services ne sont pas sensibles aux prix...

-New Public Management:

PPP: souvent plus coûteux que si le secteur public agit seul (taux d'intérêt des emprunts publics moins élevés que ceux du secteur privé, durée très longue des contrats limitant le transfert réel des risques du secteur public au secteur privé...)

T2A, GHS: études de cas montrent résultats variés: sélection des patients, risque de compensation qualité/quantité, surcotation des actes, distorsions si pas d'application à toutes les activités, coûts de mise en oeuvre...

-Décentralisation:

inégalités, problème de la taille du niveau local responsable, conflits possibles entre autorités régionales et centrales...

D'un point de vue empirique: seulement des études de cas sur les effets des divers instruments de réforme, avec des conclusions opposées au niveau microéconomique. Donc: incertitudes sur les effets de toutes ces mesures sur les "résultats" au niveau macroéconomique.

Sur quels indicateurs se fonder pour estimer les "résultats"?

LES "RESULTATS"

Trois types de résultats:

"finaux", "intermédiaires" entre les moyens et les résultats finaux, "subjectifs" (satisfaction vis-à-vis du système de soins).

Les évolutions des "résultats" résultent pour une part des réformes et pour une autre part de divers facteurs que l'on considère ici comme contextuels et "indépendants des réformes" même si une analyse complète devrait tenir compte de la complexité du problème traité puisque des boucles de rétroactivité devraient être prises en compte.

Les éléments contextuels, hors du champ des systèmes de santé considéré en un sens strict:

- facteurs généraux influençant directement la demande de soins: démographie (dont changement de la demande dû au vieillissement de la population), revenus, modes de vie et de consommation, éducation, media et diffusion de l'information, culture-idées, caractéristiques sociétales et familiales, etc.
- facteurs influençant l'offre et la demande de soins: évolutions économiques générales, emploi et marché du travail, etc.
- facteurs généraux influençant directement l'offre de soins: innovations technologiques, évolution des prix, etc.
- les acteurs (notamment ceux dont le domaine d'intervention est plus général que la santé), leur place et leur jeu.

INDICATEURS

Contraintes: indicateurs pour tous les pays, en longue période (contrôle de stabilité en complétant avec des indicateurs disponibles seulement partiellement).

A - Les résultats finaux : état de santé, qualité de vie, inégalités

1) Etat de santé et qualité de vie :

Concepts multidimensionnels qui peuvent être caractérisés par un ensemble d'indicateurs objectifs ou subjectifs (OCDE, OMS, articles). Ceux retenus ici sont "objectifs" :

- l'espérance de vie (ou plutôt les diverses espérances de vie par sexe ou âge) : espérance de vie à la naissance (H+F), espérance de vie à 60 ans et par sexe.
- l'espérance de vie sans handicap, l'espérance de vie ajustée en fonction de la qualité de vie.
- la réduction de l'espérance de vie pour cause de décès avant 65 ans.
- le taux de mortalité.
- la mortalité infantile.
- les morts évitables, ou la mortalité rectifiable par des soins.
- le nombre potentiel d'années perdues pour toutes causes (le nombre potentiel d'années perdues pour causes médicales : série trop incomplète pour être utilisée).

Certains indicateurs n'ont pas été retenus car incomplets et/ou difficilement comparables: absentéisme pour cause de maladie, état de santé subjectif.

.

2) *Inégalités*

Plusieurs sources d'*inégalités de l'état de santé* (qui devraient être l'indicateur retenu d'un point de vue idéal):

-*indépendantes du système de santé*: facteurs génétiques, revenu, niveau d'éducation, mode de vie des parents, emploi, environnement, etc.

-*liées au système de santé*: type de système de soins, couverture assurantielle de la population, mode de financement, organisation du système (décentralisation, place du public/du privé, etc.), différences territoriales dans l'offre de services, dans la qualité des soins auxquels les patients ont accès, dans l'usage des services de soins (recours aux urgences et seulement en cas de graves problèmes de santé pour les faibles revenus, etc).

Mais *peu d'indicateurs sur les inégalités de l'état de santé*.

Par contre *indicateurs disponibles pour apprécier les inégalités dans l'accès et l'usage des systèmes de santé* :

-*indice de concentration pour la distribution effective des soins et indice d'inégalité horizontale qui résume l'inégalité dans l'usage des services de soins après que les différences dans les besoins aient été standardisées* (Van Doorslaer-Masseria).

-pour une année récente: les deux indicateurs précédents pour le recours aux médecins, aux généralistes, aux spécialistes, aux dentistes et aux hôpitaux.

-(d'autres indicateurs existent, mais pas pour tous les pays.)

B - Les résultats intermédiaires

1) L'utilisation des systèmes

Au niveau macroéconomique, l'utilisation des systèmes de soins est associée en grande partie à l'évolution du volume et de la structure de l'offre de ces systèmes mais aussi à d'autres éléments. Cette évolution est associée aux dépenses de ces systèmes et aussi à la répartition locale de l'offre de soins, au degré de privatisation du système de soins, à la couverture assurantielle, au coût des soins, aux pathologies détectées, aux revenus de la population, à l'éducation, aux caractéristiques du marché du travail, aux habitudes sociales, etc.

Les évolutions des systèmes de santé ont-elles modifié l'usage des services de soins? Les interprétations doivent être considérées avec prudence car elles peuvent résulter de phénomènes opposés. Par exemple un usage plus grand des services de soins peut correspondre: 1) à une amélioration s'il traduit un meilleur accès aux soins et une meilleure réponse aux besoins de santé; 2) à une détérioration de la qualité des soins conduisant à une hausse des taux de réadmission en hôpitaux; 3) à une dégradation de l'état de santé de la population pour diverses raisons, etc. Seul un examen détaillé de chaque cas peut permettre de trancher entre les interprétations.

Les *indicateurs utilisés* se réfèrent aux mesures suivantes (densité pour 1000 habitants) : nombre de consultations de médecins, durée moyenne de séjour en hôpital, durée moyenne de séjour pour soins aigus, nombre de jours en lits de soins aigus, nombre de procédures chirurgicales, taux de sortie des hôpitaux, vaccins contre la rougeole.

2) Des objectifs intermédiaires: efficacité, qualité

Les politiques de santé ciblent souvent des objectifs intermédiaires comme l'amélioration de l'efficacité, de la qualité des soins, ou de l'accès aux soins, outre des objectifs de contrôle des coûts.

Mais les concepts d'efficacité et de qualité, par exemple, sont multidimensionnels et il n'existe pas d'indicateurs disponibles au niveau macroéconomique. Ainsi:

Effacité: administrative ou technique ou allocative; définie au niveau local ou à un niveau général (possibilité d'effets opposés ou se renforçant); etc.

Qualité: adaptation et réactivité aux besoins; facilité d'accès; longueur des files d'attente; durée passée par les infirmières ou les généralistes avec leurs patients et degré d'attention accordée; absence d'infections nosocomiales; etc.

La comparaison est d'autant plus compliquée qu'une même pathologie peut être traitée de façon spécifique à chaque pays, en secteur ambulatoire ou hospitalier, etc.

Seules des études de cas fournissent quelques indications sur des évolutions de l'efficacité ou de la qualité, qu'il n'est pas possible de généraliser.

Indicateurs indirects: le degré de satisfaction vis-à-vis des systèmes (ci-dessous).

C - Les résultats subjectifs : le degré de satisfaction vis-à-vis des composantes des systèmes de santé et son évolution

La satisfaction des patients vis-à-vis des systèmes de soins peut être considérée comme un indicateur général de réactivité/qualité de la réponse apportée aux besoins de santé, de facilité d'accès et de modération des coûts supportés par les patients. Elle peut aussi jouer un rôle dans les choix faits pour la politique de santé.

Si les indicateurs d'opinion ne sont pas vraiment comparables entre pays, notamment parce que les attentes sont différentes, et si la comparaison des niveaux de satisfaction pour une année est donc trop fragile pour en tirer des conclusions, ***comparer les évolutions de ces indicateurs d'opinion peut néanmoins être significatif en particulier quand les variations offrent des différences importantes, ce qui est fréquemment le cas.***

Les enquêtes Eurobarometer (répétées régulièrement pendant plusieurs années) offrent une base régulière et offrent des indications sur :

-les systèmes considérés globalement:

1) niveau de satisfaction envers les services de soins (satisfaits=très satisfaits+plutôt satisfaits) *en 1996 et 2006*; **2)** niveau de satisfaction envers les systèmes de santé ("fonctionne bien", "changements mineurs nécessaires", "changements fondamentaux nécessaires", "à reconstruire complètement"); **3)** deux autres indicateurs sont disponibles pour 2008; **4)** une enquête (Flash Eurobarometer) concerne les réponses à la question : "souhaite aller dans un autre pays" pour recevoir un traitement médical, et/ou pour une meilleure qualité des soins, et/ou pour avoir un accès plus facile aux spécialistes, et/ou pour éviter les files d'attente, et/ou pour des soins moins chers. Cette enquête fournit aussi un indice de satisfaction pour les soins reçus dans son propre pays.

-les composantes des systèmes: hôpitaux, soins dentaires, spécialistes médicaux ou chirurgicaux, médecins de famille. Plusieurs indicateurs sont disponibles: qualité, facilité d'accès, niveau des coûts.

- Au total, qu'observe-t-on quand on regroupe toutes ces informations?
- Typologie en dynamique 1980-2005 de l'évolution des dépenses et de la combinaison des instruments des réformes.
- Typologies en statique (1993, 2006) et en dynamique (1993-2006), de:
 - dépenses + paiements directs des ménages + inputs physiques.
 - résultats finaux + résultats intermédiaires + satisfaction envers système.
 - Méthode: modèles à effets fixes sur 1980-2001 + analyses en composantes principales pour toutes les périodes et années considérées.
 - Nécessaire prudence dans l'interprétation: dépenses et ressources ne peuvent être mises directement en correspondance avec les réformes.

TYPLOGIES

-Typologie en dynamique (1980-2005) des dépenses + combinaison des instruments des réformes

(Méthodes: modèles à effets fixes pour les dépenses, analyses en composantes principales).
Typologie en 4 groupes mais dont certaines frontières sont floues.

-Typologies en statique (1993, 2006) et en dynamique (1993-2006) des dépenses + paiements directs des ménages + inputs physiques

Ces typologies correspondent aux caractéristiques relatives à l'ensemble des moyens (mesurables quantitativement) des systèmes de santé. Il s'est avéré que la dimension "paiements directs des ménages" était la plus significative des dimensions relatives à la structure de financement dans la différenciation des pays (comparaison de diverses combinaisons dans l'analyse statistique).

-Typologies en statique (1993, 2006) et en dynamique (1993-2006) des résultats finaux + résultats intermédiaires + satisfaction envers systèmes de santé

	1980-2005				1993	1993-2006	2006	1993	1993-2006	2006
	P	D	C	G	Moyens*	Moyens*	Moyens*	Résultats	Résultats	Résultats
Be	1	1	1	1	4	3	4	4	4	2
Fr	1	1	1	2	4	4	4	3	4	4
Al	2	1	1	2	4	4	4	4	4	4
Au	1	1	2	2	4	3	4	4	4	4
PB	2	1	2	1	3	3	3	3	3	3
Dk	1	2	2	2	3	3	2	4	3	3
Su	2	3	1	2	3	4	2	3	3	2
Fi	1	3	1	2	3	4	2	3	3	4
RU	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3
Ir	1	4	3	2	3	4	2	2	1	1
It	2	3	1	2	4	2	3	2	4	2
Es	2	3	2	2	3	3	3	2	4	2
Po	2	1	2	2	2	1	3	1	1	1
Gr	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1

* Moyens physiques+ dépenses + part des paiements directs par les ménages dans les ressources totales.

1980-2005: P=privatisation des soins; D=décentralisation; C=concurrence; G= nouveaux modes de gouvernance.

Pour 1980-2005: plus la couleur verte est foncée, plus l'instrument a été utilisé. Attention: une couleur foncée pour Décentralisation, par exemple, ne signifie pas que la décentralisation est forte aujourd'hui dans ce pays, mais que le changement vers plus de décentralisation a été important relativement à ce qui s'est passé dans tous les pays.

Pour 1993, 1993-2006 et 2006: l'intensité du gris sert seulement à différencier les groupes de pays mais n'a pas d'autre signification.

TYPOLOGIES DES INPUTS

1) Les typologies sur 1980-2005

Deux typologies présentent un même degré de signification statistique quand on utilise des modèles à effets fixes pour apprécier les différences entre groupes de pays dans les évolutions des dépenses publiques en fonction de variables économiques et démographiques:

-une typologie en trois groupes:

-pays continentaux sans la Belgique + pays anglo-saxons.

-pays nordiques.

-Belgique + pays du Sud.

-une typologie en quatre groupes qui est semblable à la typologie "classique". C'est cette typologie qui est retenue.

La typologie en quatre groupes obtenue pour les dépenses est comparée à celle correspondant aux combinaisons des instruments utilisés dans les réformes. Ces typologies s'avèrent similaires.

TYPOLOGIE DES INPUTS (suite)

2) *En statique, 1993 et 2006:*

Les analyses en composantes principales en statique pour 1993 et pour 2006, conduisent à une typologie voisine de la typologie "classique", avec quelques variations:

- les pays continentaux sont groupés lorsqu'on exclut les Pays-Bas.
- les Pays Bas peuvent être regroupés: en 1993 avec les pays nordiques et anglo-saxons.
en 2006 avec les pays du Sud autres que la Grèce.
- les pays nordiques et anglo-saxons sont dans un même groupe (SNS anciens).
- les pays du Sud sont: hétérogènes en 1993 (mise en place relativement récente d'un SNS, sauf la Grèce)
dans un même groupe en 2006 (donc processus de convergence) , sauf la Grèce dont les spécificités demeurent.

Donc on constate en particulier l'influence du type de système (assurantiel; SNS; ou avec privé important).

3) *En dynamique sur 1993-2006:*

La typologie des évolutions des moyens, en dynamique, est différente de celles des moyens en statique (que ce soit pour l'année de départ 1993 ou l'année d'arrivé 2006).

-Les pays continentaux se partagent en 2 catégories:

la Belgique et l'Autriche se regroupent avec les Pays-Bas, le Danemark, le Royaume Uni et l'Espagne.

la France et l'Allemagne se regroupent avec la Suède, la Finlande et l'Irlande.

-L'Italie est isolée (en particulier autonomie régionale fortement renforcée).

-Le Portugal et la Grèce forme un groupe où les effets de rattrapage dominent les évolutions.

Donc, quand on prend en compte non seulement les dépenses et ressources mais aussi les inputs physiques, on observe que la dynamique de leur ensemble sur 1993-2006 peut être différente dans les groupes qui étaient homogènes au départ en 1993.

Malgré des évolutions différentes à l'intérieur des groupes "classiques", trois ensembles de pays qui étaient regroupés selon la typologie classique en 1993 (les pays continentaux (hors PB), les pays nordiques, les pays anglo-saxons) sont toujours regroupés selon la typologie classique en 2006.

4) La détection de groupes différents s'accompagne néanmoins de la convergence de certains indicateurs:

- Convergence globale des *dépenses* dans le long terme.
- Convergence de certains indicateurs d'inputs physiques: densité des médecins (convergence hors Grèce), densité des dentistes, densité des lits pour soins aigus (mais pas de convergence de densité de l'ensemble des lits).

Variations de quelques variables sélectionnées sur 1993-2006, 5 groupes

Variations	G. Continental (Be, Fr, Al, Au)	Pays-Bas	G. Nordique (Dk, Su, Fi)	G. Anglo-saxon (RU, Ir)	G. du Sud (It, Es, Po, Gr)
MOYENS					
-Hausse (ou baisse) des dépenses totales/PIB	-Forte hausse (très forte en Be)	-Forte hausse	-Diversité. Hausse: faible (Su) ou forte (Dk). Baisse (Fi)	-Hausse: très forte au RU, faible en Ir	-Très forte hausse (sauf faible hausse en Es)
-Taux de croissance 1995-2005	-Fort (très fort en Be)	-Fort	-Très fort (Su), fort (Fi), faible (Dk)	-Très fort	-Faible (sauf fort en Gr)
- 2000-05	-Très fort (Be, Al), faible hausse (Fr, Au)	-Très fort	-Très fort (Fi), fort (Su), faible (Dk)	-Très fort	-Très faible (It, Po), faible (Es), très fort (Gr)
-Dépenses publiques/dépenses totales	-Très forte baisse (Be, Al), baisse (Fr), forte hausse (Au)	-Très forte baisse	-Forte baisse (Su), forte hausse (Dk, Fi)	-Forte baisse au RU, très forte hausse en Ir	-Très forte baisse (Es), forte hausse (It, Gr), très forte hausse (Po)
-Versements directs des ménages/ Ressources totales	-Baisse (Be, Fr), forte hausse (Au, Al)	-Baisse	-Très forte hausse (Su), baisse (Dk), forte baisse (Fi)	-Forte baisse au RU, forte hausse en Ir	-Très forte baisse (It), forte baisse (Es), forte hausse (Po, Gr)
-Généralistes	-Hausse: très forte (Au), faible (Be), très faible (Fr, Al)	-Très faible hausse	-Hausse: faible (Dk, Su), très faible (Fi)	-Faible hausse	-Hausse: très forte (Es), très faible (It, Po, Gr)
-Infirmières	-Hausse: très forte (Be), faible (Fr), très faible (Au, Al)	-Hausse faible	-Hausse: très forte (Dk, Fi), très faible (Su)	-Hausse faible	-Hausse: faible (Es, Po), très faible (It, Gr)
-Lits d'hôpitaux	-Baisse: faible (Be), forte (Au, Al), très forte (Fr)	-Baisse faible	-Baisse: forte (Dk, Fi) ou très forte (Su)	-Baisse: forte (RU) ou très forte (Ir)	-Baisse faible (mais très forte baisse en It)
-----	-----	-----	-----	-----	-----
REFORMES					
-Privatisation	-3 (X), 1 X	-X	-2 (X), 1 X	-1X, 1 (X)	-4 X
-Mécanismes de marché	-3 (X), 1 X	-X	-X, (X)	-2 XX	-2 X, 2 (X)
-Nouveaux modes de gouvernance	-3 X, 1 (X)	-(X)	-3 X	-1 XX, 1 X	-4 X
-Décentralisation	-4 (X)	-(X)	-2 XX, 1 X	-1 X	-2 XX, 1 X, 1 (X)
-----	-----	-----	-----	-----	-----
RESULTATS					
-Espérance de vie	-Hausse forte	-Hausse faible	-Hausse: forte (Dk, Fi), faible (Su)	-Hausse: forte (RU), très forte (Ir)	-Hausse: très forte (Po), forte (It, Es), faible (Gr)
-Satisfaction	-Baisse: modérée (très forte baisse en Al)	-Très forte baisse	-Baisse: très forte (Dk), forte (Su, Fi)	-Baisse: modérée (RU), forte (Ir)	-Hausse (It, Es), forte baisse (Po, Gr)
-Consultations	-Hausse forte (mais baisse faible en Be)	-Baisse faible	-Très forte hausse (Dk), forte hausse (Fi), baisse (Su)	-Baisse (RU)	-Hausse forte (It, Po), baisse faible (Es), baisse forte (Gr)
-Durée moyenne de séjour à l'hôpital	-Baisse: faible (Be, Fr), très forte (Au, Al)	-Baisse très forte	-Baisse: très forte (Su, Fi), forte (Dk)	-Baisse: très forte (RU), faible (Ir)	-Baisse: très forte (It, Es), forte (Po), faible (Gr)

TYPOLOGIES DES RESULTATS

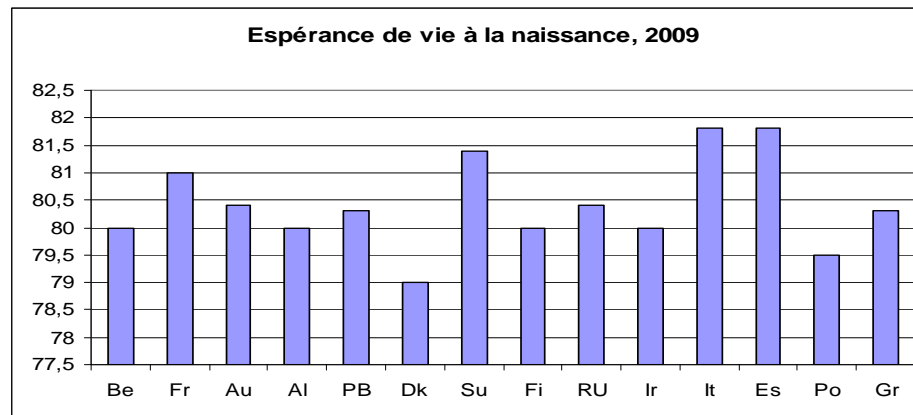
1) *En statique:*

En 1993, la typologie est différente de la typologie classique:

- certains pays continentaux (Belgique, Autriche, Allemagne) + Danemark.
- France, Pays-Bas, Suède et Finlande.
- pays anglo-saxons + pays du Sud sans le Portugal.
- le Portugal se distingue clairement de tous les autres pays.

En 2006, les écarts avec la typologie classique semblent encore plus grands:

- trois pays continentaux (France, Autriche, Allemagne).
- Pays-Bas, Danemark et Royaume-Uni.
- Belgique, Suède, Italie, Espagne.
- Irlande, Portugal, Grèce.



Inégalités vers 2000 (indice x 1000)

	Total		Hôpitaux		Généralistes		Spécialistes		Dentistes	
	C	H	C	H	C	H	C	H	C	H
Be	2	3	1	3	2	3	3	4	4	4
Fr	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4
Au	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4
Al	3	4	3	3	3	3	3	4	na	na
PB	3	3	2	3	3	3	3	4	4	4
Dk	3	4	1	3	2	3	4	4	4	4
Su	4	4	2	3	na	na	na	na	na	na
Fi	4	4	2	3	3	4	4	5	5	5
RU	2	3	2	4	2	3	3	4	na	na
Ir	2	3	1	3	2	3	4	5	5	5
It	3	4	3	4	3	3	4	5	5	5
Es	3	3	2	4	2	3	3	4	5	5
Po	3	4	2	4	3	4	4	6	6	5
Gr	2	4	1	4	2	3	3	4	5	4

1: plus petit que -200; 2: -100/-200; 3: 0/-100; 4: 0/100; 5: 100/200; 6: plus grand que 200.

Raisons pour franchir la frontière et Satisfaction, 2006

	Franchir la frontière					Satisfaction Hôpitaux			Satisfaction Généralistes			Satisfaction Spécialistes			Satisfaction Dentistes		
	Med	Spé	Hôp	Qualité	Rapidité	Qualité	Accès	Coûts	Qualité	Accès	Coûts	Qualité	Accès	Coûts	Qualité	Accès	Coûts
Be	3	4	2	5	3	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2
Fr	2	5	3	4	4	2	2	1	1	1	1	1	3	3	1	2	4
Au	3	4	3	5	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2
Al	2	5	4	5	3	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	3
PB	5	2	2	5	5	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	2
Dk	5	4	2	5	6	2	2	1	1	2	1	2	4	1	1	1	2
Su	4	5	3	4	5	1	3	1	3	3	1	2	2	1	1	1	4
Fi	2	2	2	4	4	1	3	1	2	2	1	2	3	4	2	4	3
RU	3	6	4	5	6	2	2	1	1	1	1	2	3	1	3	3	2
Ir	5	5	4	5	6	3	3	2	1	1	2	3	4	3	2	2	3
It	4	4	2	5	3	3	3	1	2	2	1	2	3	3	3	3	4
Es	4	4	3	5	4	2	2	1	1	1	1	2	2	1	3	3	4
Po	5	5	4	6	5	4	3	2	3	3	2	3	4	5	4	4	5
Gr	5	5	2	5	3	4	3	3	2	2	3	3	3	5	3	2	5

Franchir la frontière: 1: moins de 25%; 2: 25-40%; 3: 41-55%; 4: 56-70%; 5: 71-85%; 6: plus de 86%.

Satisfaction: Bonne qualité et Accès facile: 1: plus de 86%; 2: 71-85%; 3: 56-70%; 4: 41-55%; 5: 25-40%; 6: moins de 25%.

Coûts pas très ou pas abordables: 1: moins de 25%; 2: 25-40%; 3: 41-55%; 4: 56-70%; 5: 71-85%; 6: plus de 86%.

2) En dynamique sur 1993-2006

La typologie offre plus de proximité avec la typologie classique pour les pays continentaux et les pays nordiques, mais pas pour les pays anglo-saxons ni les pays du Sud:

- les pays continentaux (sans PB) sont groupés avec l'Italie et l'Espagne.
- les pays nordiques sont groupés avec les Pays-Bas et le Royaume-Uni.
- les pays du Sud offrent une forte hétérogénéité puisqu'ils se partagent entre 3 groupes distincts: Italie et Espagne (avec les pays continentaux), Portugal et Irlande (retard), et Grèce (retard).

Pour éclairer l'interprétation de ces typologies, il est nécessaire de revenir sur une comparaison entre pays de quelques grands indicateurs de résultats.

Tableau : Variations de quelques variables sélectionnées sur 1993-2006, par pays

	Be	Fr	Au	Al	PB	Dk	Su	Fi	RU	Ir	It	Es	Po	Gr
MOYENS														
Dép. tot./ PIB								-						
T. crois. dép. 1995-2005														
T. crois. dép. 2000-05														
Dép. publ. /Dép. tot.	-	-		-	-		-		-			-		
Paie. directs /Res. totales	-	-			-	-		-	-		-	-		
Généralistes														
Infirmières														
Lits hôp.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
REFORMES														
Privatisation des soins											+rel publ	+rel publ		
Décentralisation														
Soins: méca. de marché							(+)							
Nouv. modes gouvernance														
RESULTATS														
Espérance de vie														
Satisfaction 1996-2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			-	-
Consultations					-		-		-	na		-		-
Durée moy. hospitalisation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tx sortie des hôpitaux							-	-		-			-	

Plus la couleur de la case est foncée, plus les moyens ont augmenté (ou le moins ils ont diminué) et plus les résultats se sont *relativement* le plus amélioré (ou se sont relativement le moins détérioré). 49

Chaque ligne correspond à la variation (v) entre 1993 et 2006 (sauf indication) des indicateurs suivants:

-Moyens:

-Dépenses/PIB: dépenses totales/PIB, en %: gras si $v > 1$, souligné si $1 > v > 0,5$, normal si $0,5 > v$.

-Taux croissance 1995-2005: dépenses totales par tête à prix constants et SPA, en %: gras si $v > 4$, souligné si $4 > v > 3$, normal si $3 > v > 2$, italique si $2 > v$.

-Taux croissance 2000-05: dépenses totales par tête à prix constants et SPA, en %: mêmes codes.

-DépPub/DépTot: en %: italique si $v < -3$, normal si $-3 < v < 0$, souligné si $0 < v < 3$, gras si $3 < v$.

-Paielements directs/Ress.Tot: en %: italique si $v < -3$, normal si $-3 < v < -1$, souligné si $-1 < v < 0$, gras si $0 < v < 2.3$.

-Généralistes: densité: gras si $v > 2$, souligné si $0 < v < 2$, normal si $0 > v > -2$, italique si $v < -2$.

-Infirmières: densité: comme pour les généralistes.

-Lits d'hôpitaux: densité: normal si $v < -2$, souligné si $-2 < v < -1$, gras si $-1 < v < 0$.

-Réformes (source: André (Presom)):

-Privatisation des services de soins

-Décentralisation

-Mécanismes de marché pour les services de soins

-Nouveaux modes de gouvernance pour les services de soins

-Résultats:

-Espérances de vie: gras si $v > 4$, souligné si $4 > v > 3$, normal si $3 > v > 2$.

-Satisfaction: gras si $v > 0$, souligné si $0 > v > -15$, normal si $-15 > v > -30$, italique si $v < -30$.

-Consultations médicales: leur nombre: gras si $v > 2$, souligné si $2 > v > 0$, normal si $0 > v > -2$, italique si $v < -2$.

-Durée de séjour moyenne à l'hôpital: gras si $0 > v > -1$, souligné si $-1 > v > -2$, normal si $-2 > v > -3$, italique si $-3 > v$.

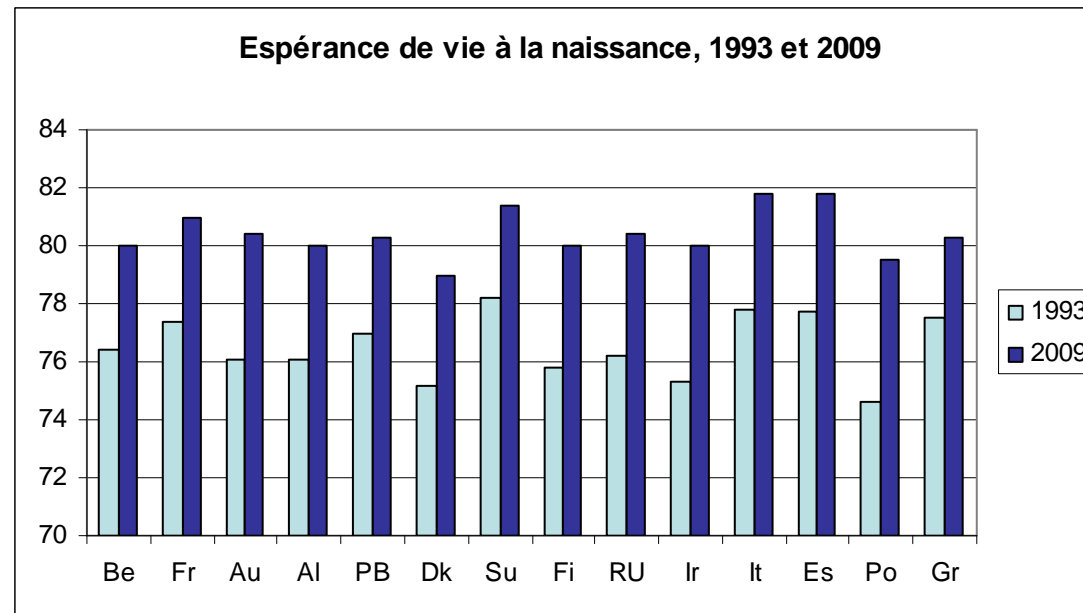
3) Comme pour les inputs, la détection de groupes différents s'accompagne néanmoins de la convergence de certains indicateurs:

a- Utilisation des systèmes

- Convergence de la durée moyenne de séjours à l'hôpital.
- Convergence du nombre d'actes de chirurgie par tête (sauf Autriche où hausse particulièrement forte).
- Convergence du nombre de journées en soins aigus.

b- Espérance de vie

Réduction de l'écart de 3,6 ans en 1993 à 3 ans en 2006.



UNE COMPARAISON DES TYPOLOGIES DE MOYENS ET DES RESULTATS...

Pour les moyens:

-les typologies de 1993 et de 2006 sont plus proches de la typologie classique bien que les pays nordiques et anglo-saxons soient regroupés et que les Pays-Bas aient une forte spécificité qui conduit à en faire une catégorie spécifique.

-mais quand on examine les évolutions sur 1993-2006, les combinaisons utilisées des divers moyens se révèlent différentes au sein de chaque groupe de la typologie classique.

Pour les résultats:

-les typologies de 1993 et de 2006 sont nettement différentes de la typologie classique.

- mais quand on examine les évolutions sur 1993-2006, les groupes obtenus offrent une plus grande ressemblance avec la typologie classique sauf pour le Sud qui est hétérogène.

... QUI SUGGERE QUE:

-Pour les moyens/caractéristiques des systèmes:

-La structure/les caractéristiques des systèmes de santé (définie par les institutions et les moyens) sont un noyau dur:

en statique, en 1993 et en 2006, la typologie selon les moyens correspond en gros à la typologie "classique"; donc les systèmes de santé de chaque groupe classique sont *relativement* homogènes de ce point de vue. (Attention: les typologies de 1993 et 2006 ne sont pas complètement identiques).

mais les moyens sont modifiés sur 1993-2006 de façon spécifique à chaque pays à l'intérieur de chaque groupe "classique".

-Pour les résultats:

*-Quand on compare les résultats entre pays **de façon statique**, pour une année, la typologie des résultats ne correspond pas à la typologie classique: les résultats ne sont pas homogènes à l'intérieur de chacun des groupes "classiques".*

-En statique en 1993 et en 2006, donc de façon durable, l'impact sur les "résultats" des facteurs autres que les systèmes de santé (contexte général, jeu des acteurs, etc.) est suffisamment fort pour écraser les ressemblances dans les "résultats" qui pourraient être associées à la proximité des caractéristiques/moyens des systèmes de santé à l'intérieur de chaque groupe classique...

...mais les caractéristiques des systèmes de santé semblent exercer une influence discernable sur le processus d'évolution des "résultats" (puisque les typologies des caractéristiques des systèmes en 1993 et en 2006 présentent des ressemblances avec celle des évolutions des résultats).

Quelques commentaires sur les évolutions des trois composantes des résultats

1) *Pas de relations directes entre les variations des 3 composantes des résultats:*

- entre l'évolution de l'utilisation des systèmes et celle de l'état de santé.
- entre l'augmentation de l'espérance de vie et celle de la satisfaction vis-à-vis du système.
- entre l'évolution de l'utilisation des moyens et celle de la satisfaction vis-à-vis du système.

2) *Résultats finaux*

-Espérance de vie:

-Les augmentations *les plus fortes: Irlande, Portugal*. Raisons possibles: les points de départ les plus faibles, rattrapage, systèmes de santé parmi les plus transformés (nombre d'instruments de réforme, etc.), forte hausse de la part des dépenses publiques et des paiements directs.

-Les augmentations *les plus faibles: Pays-Bas, Suède, Grèce*. Raisons possibles: points de départ élevés; mais évolutions des systèmes de santé très différentes: PB et Suède d'un côté (par exemple baisse de la part des dépenses publiques), et Grèce d'un autre côté (par exemple forte hausse de la part des dépenses publiques).

-Inégalités [résultats basés sur les articles de production des séries sur les inégalités]:

- plutôt stables sur 2000-2009, notamment pour les médecins et les généralistes.
- variations selon les catégories de médecins: pour les spécialistes, les dentistes, et le dépistage du cancer du sein, plus de visites des plus riches; pour les généralistes inégalités plus limitées, davantage de visites des moins riches
- plus la part des dépenses publiques est grande, moins il y a d'inégalité dans les visites aux médecins.*

-Accès aux soins et modes de financement de la santé:

- accès aux soins amélioré par une plus large couverture par l'assurance.
- assurance privée secondaire facilite l'accès aux médecins et aux dentistes.
- importance des versements directs des ménages associée aux inégalités dans les visites⁵⁴ aux spécialistes et aux dentistes.

2) *Satisfaction envers les systèmes de santé: variations fortes et diverses*

-Indicateurs d'opinion: fragiles et difficilement comparables entre pays. Néanmoins quand ils présentent de fortes différences de variation, ce qui est souvent le cas, on peut considérer que ces différences sont significatives.

-La satisfaction envers les systèmes de santé diminue sauf en Italie et en Espagne:

-pas de lien avec l'évolution des dépenses publiques ou de sa part dans le total.

-lien possible avec la diminution de la part des paiements directs des ménages, plus marquée en Italie et Espagne.

-les secteurs public et privé sont fortement imbriqués en Italie et en Espagne, ce qui peut faciliter une certaine compensation de déficiences du service public, mais ceci reste à vérifier (notamment question du financement).

-néanmoins l'opinion sur l'accès, la qualité et les coûts demeure très défavorable en Italie (tableau sur 2006) et si la satisfaction a augmenté dans le long terme, ceci peut être en partie dû à un niveau de départ faible (tableau sur 1993).

-La satisfaction a décliné principalement au Danemark (-40%), aux Pays-Bas (-31,4%), en Irlande (-29,7%), en Allemagne (-23,8%), en Suède (-24,9%) et en Finlande (-17,9%). Ceci est intrigant car plusieurs de ces pays obtiennent les meilleurs "scores of outcomes" (Euro Health Consumer Index 2008) en 2008.

3) Utilisation des systèmes

-Plusieurs indicateurs sont utilisés parmi lesquels certains varient en sens inverse (par exemple pour le secteur ambulatoire et les hôpitaux).

Variations de l'utilisation des moyens, 1993-2006

	Taux de sortie des hôpitaux: baisse	Taux de sortie des hôpitaux: hausse
Consultations (tous médecins): baisse	Su (Ir?)	Be PB RU Es Gr
Consultations (tous médecins): hausse	Fi (Ir ?) It Po	Fr Au Al Dk

-Augmentations des consultations médicales (tous médecins confondus) et des taux de sortie: Fr, Au, Al, Dk.

Ce ne sont pas les pays avec la plus forte hausse des dépenses. L'augmentation des généralistes n'y est pas homogène. La France et l'Autriche n'ont pas utilisé intensément un grand nombre d'instruments de réforme mais l'Allemagne et le Danemark l'ont fait un peu plus.

-Hôpitaux: parfois compensation entre les variations de la durée moyenne de séjour et du taux de sortie.

-Baisse simultanée de consultations et/ou taux de sortie des hôpitaux et/ou durée moyenne de séjour en hôpital: notamment Su, Fi, Dk, PB, RU, Ir, It, Es, Po, Gr. Alors: répercussion nette sur baisse de satisfaction sauf pour It et Es (niveaux de départ bas).

EN RESUME

-Une certaine convergence des dépenses.

-Evolution des dépenses sous *poids de ralentissement économique* du début des 1990s.
Probable: ralentissement économique créera aussi une inflexion dans la croissance des dépenses.

-Choc politique aussi peut être important: ex. de l'unification en Allemagne (recours plus grand à privatisation+concurrence+nouveaux modes de gouvernance que les autres pays continentaux).

-Cette convergence des dépenses: obtenue par des combinaisons différentes des instruments (et de l'intensité de leur usage).

-"Moyens" et "résultats": Pas de lien systématique entre la combinaison des instruments utilisés dans les réformes et la variation des "résultats", mais:

-les résultats peuvent être modifiés dans la même direction avec différentes combinaisons d'instruments.

-une même combinaison d'instruments peut mener à des évolutions différentes des résultats.

-Typologies pour les 14 pays considérés:

-La différenciation de groupes de pays, en statique, selon des *caractéristiques des systèmes de santé* s'avère robuste dans le moyen/long terme ("noyau dur")...

-bien que les processus d'évolution des systèmes de santé présentent de fortes caractéristiques nationales au sein de chaque groupe.

-Les évolutions des *"résultats"* sont clairement influencées par le type de noyau dur des systèmes de santé...

-mais les spécificités nationales en matière de "résultats" demeurent extrêmement fortes tout au long de la période étudiée.

-Deux catégories de pays souvent difficiles à rattacher à un groupe:

-avec un système de santé développé: Pays-Bas.

-avec un système de santé "en retard": Irlande, Portugal, Grèce.