

La privatisation du soin en Europe: De la théorie à la pratique

C. André (CNRS)

P. Batifoulier (Université Paris Ouest)

M. Jansen (Université de Sao Paulo)

Journée d'étude 13 juin 2014

Nouveaux enjeux de l'assurance santé complémentaire en Europe

CEPN-STRAS et SEPOSA

Introduction / 1.

- Réformes de la santé en Europe:
 - Ensemble foisonnant et complexe pour des problématiques différentes.
 - Large spectre d'instruments et pluralité d'objectifs: promotion de l'assurance privée pas de même nature que la réforme hospitalière
- Un changement spécifique et situé:
 - Spécifique : tendance commune à l'introduction des mécanismes de marché; néolibéralisme; marchandisation, etc.
 - Situé : logiques nationales, poids de l'histoire.
- Recherche d'un concept opérationnel pour analyser le changement, permettant :
 - Comparaison intra pays: cadre cognitif commun pour la réforme de l'hôpital et celle de l'assurance santé par exemple
 - Comparaison inter pays et classement des processus de réforme
 - ➡ Appui sur la notion de PrivatisationS

Introduction / 2.

- Privatisation = un concept flou.
- Sens le plus commun: type de propriété, souvent associé à poursuite du profit. Mais ambiguïté dans le secteur privé du domaine de la santé: organisations à but lucratif et à but non lucratif. Le plus souvent, les organisations à but non lucratif sont soumises à la même législation ou réglementation que le secteur public.
- Dans le domaine de la santé, différences entre secteurs public et privé recoupent en partie différences entre:
 - acteurs, modes de gouvernance, modes de financement, types de décision, caractère obligatoire ou facultatif de la couverture par une assurance maladie, contenu de l'activité (ex: hôpitaux publics, cliniques privées), propriété immobilière des équipements.
- Caractère dominant de la privatisation dans les systèmes de santé associé à une multiplicité de formes concrètes.

Plan.

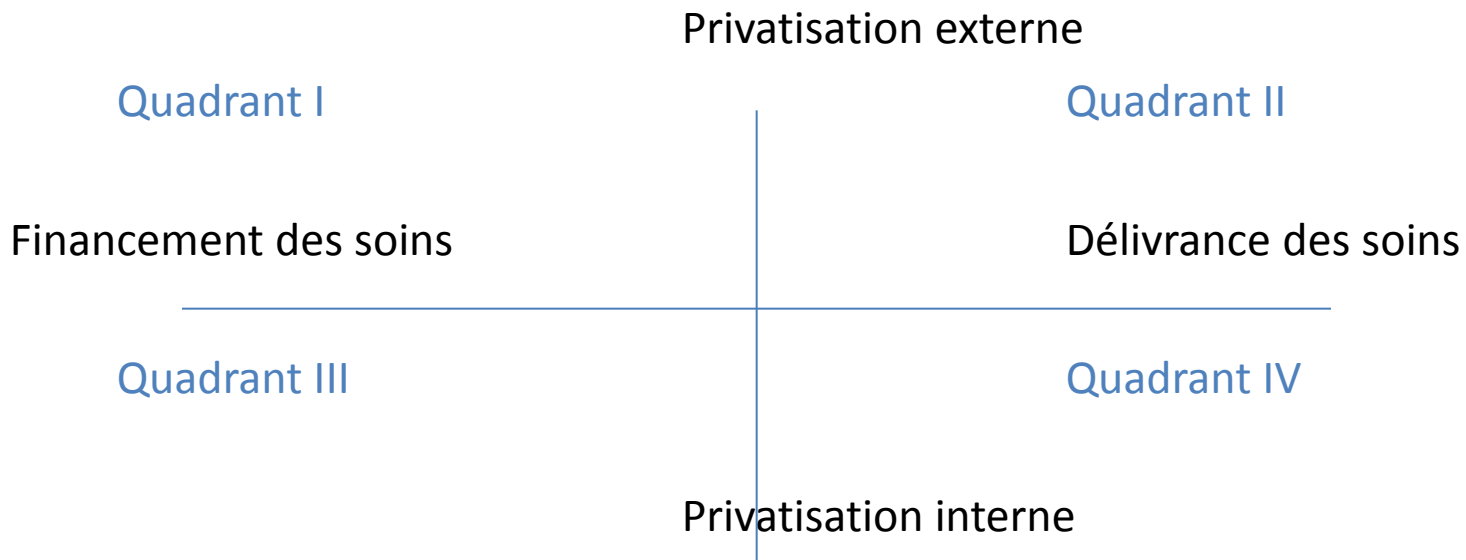
- Partie 1 : Cadre théorique pour une diversité de privatisations. Un classement des processus de privatisation
- Partie 2 : Position des principaux pays européens selon le recours aux divers modes/processus de privatisation

Partie I - Un classement des modes/processus de privatisation

- Classement des modes/processus de privatisation selon 2 dimensions:
 - La cible des privatisations : financement des soins ou délivrance des soins
 - Le processus de privatisation : privatisation externe (imposée) ou privatisation interne (incorporée). Dans un cas, les individus doivent se soumettre à de nouvelles règles du jeu. Dans l'autre, ils peuvent porter ou participer au processus (façon de penser ou rationalité)

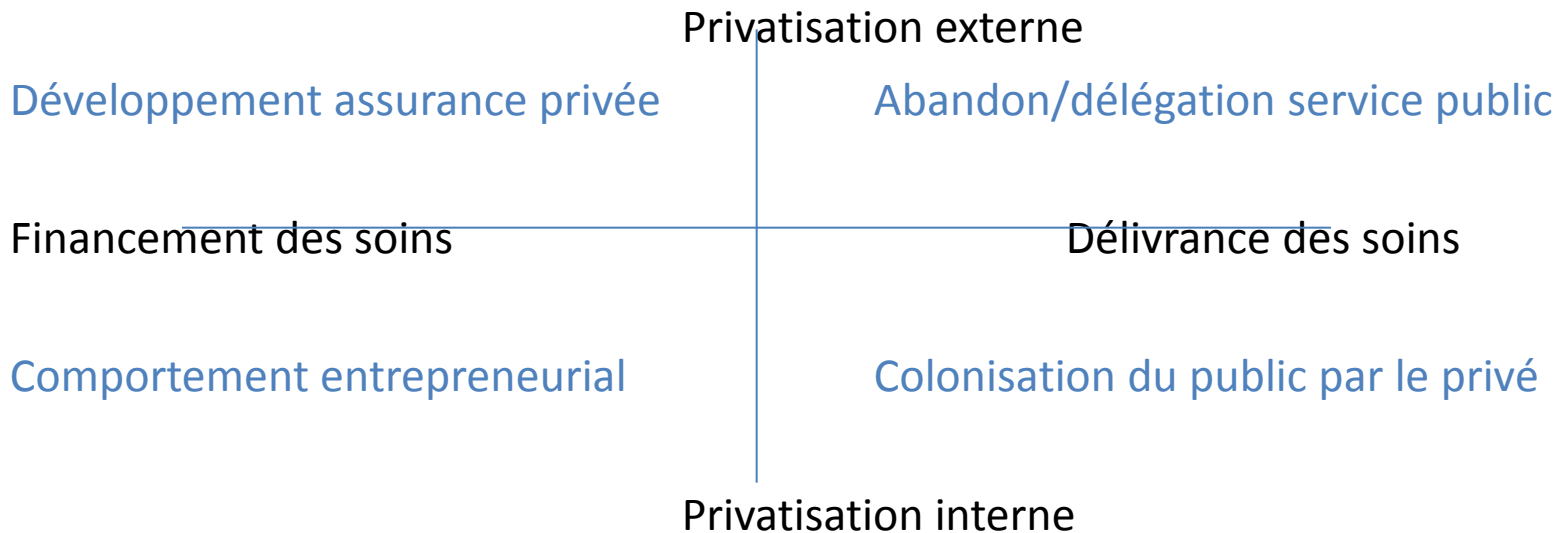
Les privatisations : un graphique à 4 dimensions

- Classement des modes/processus de privatisation selon 2 axes:



Présentations résumée et développée

- Présentation résumée
- Assurance privée : forme particulière de privatisation dans un ensemble diversifié



Financement des soins

Délivrance des soins

Privatisation externe

QUADRANT I

QUADRANT II

- Transferts de l'assurance publique à l'assurance privée, augmentation des paiements directs des patients.
- Croissance de l'assurance privée entraînée par celle des services de soins privés résultant des insuffisances des services publics ("privatisation" par insuffisance [volontaire] de l'Etat).
- Partenariat public-privé (PPP) pour le financement d'hôpitaux publics par des fonds privés.

- Création de nouveaux services privés.
- Transformation de services "à but non lucratif" en "à but lucratif" (commercialisation).
- Achats d'hôpitaux publics par des fonds privés.
- Modification de la forme légale de services publics.
- Transferts des missions de service public aux hôpitaux privés (France: HPST, annulée ensuite).
- Exercice privé dans hôpitaux publics (soins, lits privés).
- Externalisation de services accomplis dans les hôpitaux (depuis nettoyage à examens de laboratoires et actes médicaux).
- Contrats hôpitaux publics/cliniques privées.
- Contrats régions ou collectivités locales/services privés.
- Coordination des soins transférée à des réseaux de généralistes.
- Couverture des soins dans le secteur privé par les assurances publiques quand insuffisances du secteur public de soins.
- (Partenariat public-privé: voir "financement")

Financement des soins

Délivrance des soins

Privatisation interne

QUADRANT III

- Autonomisation des caisses d'assurance publiques (d'où: passation de contrats avec des fournisseurs de soins, création de réseaux de soins relevant des mutuelles).
- Séparation acheteurs et fournisseurs de soins: concurrence entre acheteurs de soins.
- Développement du libre choix du patient-consommateur entre les caisses (A1, P-B), d'où concurrence entre caisses.
- Alignement du traitement des mutuelles sur celui des compagnies d'assurance (directives européennes).

QUADRANT IV

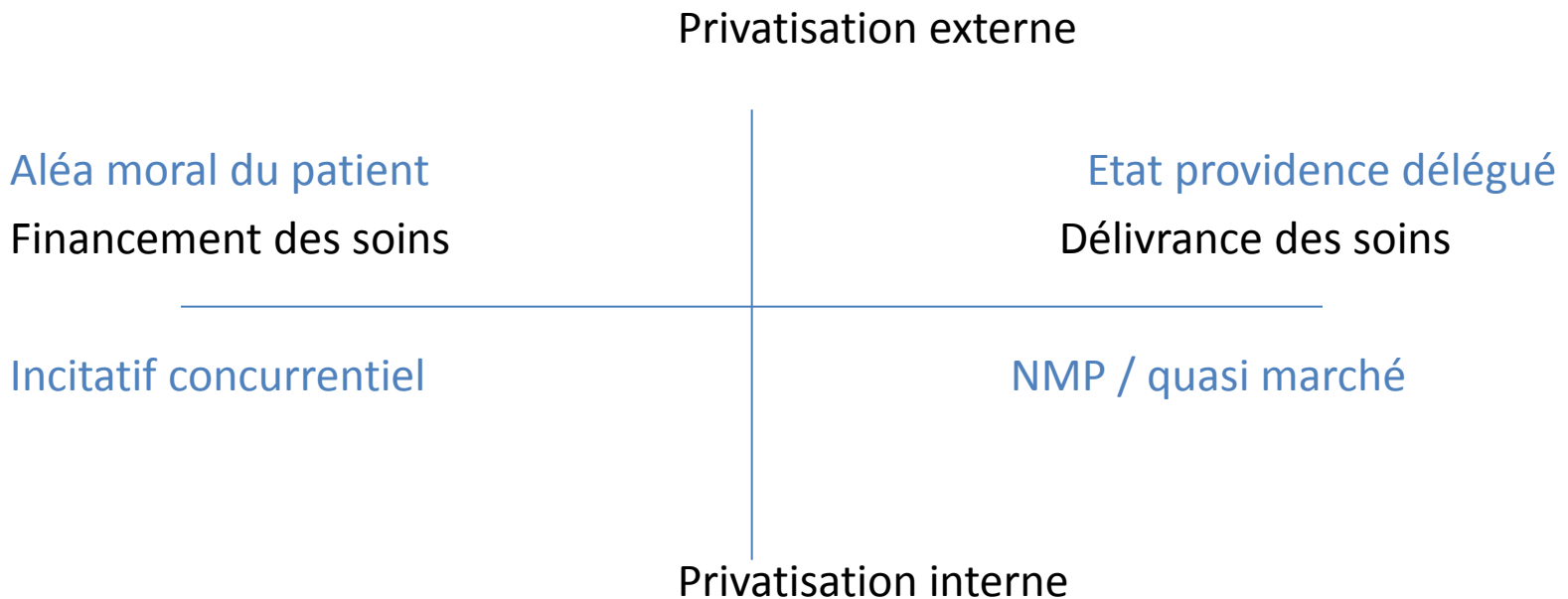
- "New Public Management". Autonomie de gestion des hôpitaux.
- Nouvelles formes de financement des hôpitaux (enveloppe globale, GHM, T2A).
- Rôle croissant de recherche de contrats (d'où concurrence).
- Evaluation des résultats.
- Paiements à la performance des généralistes (privés) par l'assurance publique.
- Accent sur concurrence:
 - Marché interne.
 - Séparation entre acheteurs et fournisseurs de soins: concurrence entre fournisseurs de soins. Contrats régions-collectivités locales ou caisses d'assurance avec services de soins publics. Achats de soins par les réseaux de soins primaires pour leurs patients.
 - Développement du libre choix du patient-consommateur entre les services publics.

Pourquoi les réformes contemporaines des systèmes de santé?

- Raisons d'ordre:
 - économique (hausse particulièrement rapide des dépenses publiques de santé, critères de Maastricht, crises économiques),
 - politique (alternances électorales, coalitions d'intérêt),
 - administratif (oppositions entre niveaux administratifs différents quand décentralisation),
 - social (correction des inégalités, santé publique),
 - idéologique et idéal (influence du néolibéralisme qui suppose que certains avantages sont propres au secteur privé: « efficacité » du secteur privé, élimination des « gaspillages », adaptation à la demande des patients-consommateurs, surveillance de la qualité des produits et introduction d'innovations sous la contrainte de la concurrence; dépenses de santé considérées comme un coût et pas comme un facteur de croissance).

Fondements théoriques

- Appuis théoriques pour chaque forme de privatisation



Partie 2-Position des principaux pays européens selon le recours aux divers modes/processus de privatisation

- Ce qui est comparé ici: les **changements** dans la privatisation et **pas les niveaux** de privatisation.
- **Pays considérés**: 14 pays de l'ancienne UE-15
 - Choix des pays: niveaux de développement économique et caractéristiques politiques, sociales/sociétales, et culturelles relativement proches; appartenance à l'ancienne UE.
 - Période: depuis 1980.
- **Éléments utilisés pour ce classement**:
 - Financement des soins: évolution des paiements directs des ménages et des paiements par les assurances privées, réformes concernant ce domaine.
 - Délivrance des soins: évolution de la part des dépenses publiques dans les dépenses totales, réformes concernant ce domaine.
 - On ne prend en compte que les changements «notables».
 - PRUDENCE NECESSAIRE dans les commentaires qui peuvent être faits:
 - Fragilité des séries statistiques (Les tableaux présentés dans les 2 pages suivantes (dépenses et recettes) doivent être considérés avec prudence: plusieurs ruptures dans les séries chronologiques).
 - Éléments qualitatifs: appréciés sur la base d'études et d'analyses propres à chaque pays et comparatives, mais pas d'indications (sauf exceptions) sur le degré effectif et les délais de mise en œuvre des nouvelles mesures.

FIGURE 1: LES PAYS SELON L'IMPORTANCE RELATIVE DES MODES/PROCESSUS DE PRIVATISATION AU COURS DES TRENTE DERNIERES ANNEES

<p style="text-align: center;">Privatisation</p> <p style="text-align: center;"><u>1</u></p> <p>-P-B, Ir, Po.</p> <p>-Be, Fr, Al, Dk, Su, It, Es, Gr.</p> <p>-Au, R-U, Fi.</p> <p>Financement</p>	<p style="text-align: center;">externe</p> <p style="text-align: center;"><u>2</u></p> <p>-Al, P-B, R-U, It (ou It), Es, Po, Gr.</p> <p>-Be, Fr (ou Fr), Au, Dk, Su (ou Su), Fi, Ir (ou Ir).</p>
<p>des soins</p> <p style="text-align: center;"><u>3</u></p> <p>-(P-B)</p> <p>-Al, (It).</p> <p>-Gr.</p> <p style="text-align: center;">Privatisation</p>	<p style="text-align: center;">interne</p> <p style="text-align: center;"><u>4</u></p> <p>-R-U.</p> <p>-Fr, Al, Au, Dk, Su, Fi, Ir, It, Es.</p> <p>-Be, P-B, Po, Gr.</p> <p style="text-align: center;">Délivrance</p> <p style="text-align: center;">des soins</p>

-Plus un pays utilise un mode de privatisation donné, plus son nom est grand dans le quadrant correspondant.
 -Les couleurs différencient des regroupements de pays selon diverses caractéristiques de leur système de soins (évolutions des dépenses, types de réformes, évolutions des "résultats") (André, à paraître).
 -Abréviations: Al: Allemagne, Au: Autriche, Be: Belgique, Es: Espagne, Dk: Danemark, Fi: Finlande, Fr: France, Gr: Grèce, Ir: Irlande, It: Italie, P-B: Pays-Bas, Po: Portugal, R-U: Royaume-Uni, Su: Suède.

Classements selon les quadrants.

- Plusieurs façons de lire la Figure 1:
 - Pour un pays: une hiérarchisation des modes/processus de privatisation.
 - Pour une dimension (financement ou soins) et un type de privatisation: comparaison du degré d'utilisation dans les différents pays.
- Les regroupements sont différents dans les 4 quadrants , on y reviendra.

(Attention: données non cohérentes dans le temps)

Dépenses et financement des systèmes de santé 1980-2005 (OCDE 2004, 2007; OMS)

	Be	Fr	Au	Al*	PB	Dk	Su	Fi	RU	Ir	It	Es	Po	Gr
Dépenses totales de santé en % du PIB														
1980	6,3	7,0	7,5	8,4	7,5	8,9	9,0	6,3	5,6	8,3	7,7	5,3	5,3	5,1
2005	10,3	11,1	10,2	10,7	8,0	9,1	9,1	7,5	8,3	7,5	8,9	8,2	10,2	10,1
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales														
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 ^c	79,8	75,7	76,9	63,1a	84,1 ^e	84,6	77,8	87,1d	78	76,6	71,4 ^c	72,7 ^c	42,8
Structure du financement des systèmes de santé: en % des ressources totales														
Administration générale 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 ^c	4,9	29,7	9,5	3,9a	84,1 ^e	84,6	61,1	80,9a	77,4	76,4	66,5 ^c	71,9	nd
Sécurité sociale II														
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 ^c	0,8 ^c	nd
Versements directs des ménages III														
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 ^c	nd	17,8	nd	13,4	20,3	22,4 ^c	22,3 ^c	nd
Assurance privée et autres fonds privés IV														
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 ^c	5,1	nd

*Allemagne de l'Ouest en 1980.

Dépenses et financement des systèmes de santé 2000-2010 (OCDE 2012)

	Be	Fr	Au	Al	PB	Dk	Su	Fi	RU	Ir	It	Es	Po	Gr
Dépenses totales de santé en % du PIB														
2000	8,1	10,1	10	10,4	8	8,7	8,2	7,2	7	6,1	8	7,2	9,3	
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	
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales														
2000	74,6	79,4	75,6	79,5	66,4	83,9	84,9	71,3	78,8	75,1	72,5	71,6	66,6	60
2010	75,6	77	76,2	76,8	85,7	85,1	81	74,5	83,2	69,5	79,6	73,6	65,8	59,4
Structure du financement des systèmes de santé: Versements directs des ménages en % des dépenses totales														
2000	15,9	7,1	20(1)	11,4	9	14,7	16,6(2)	22,3	11,4	15,3	24,5	23,6	24,3	nd
2010	14,2	7,3	19,4	13,2	nd	13,2	16,8	19,2	8,9	17,4	17,8	20,1(3)	26	38,4

(1): en 2003; (2): en 2001; (3): en 2009.

(Attention: données non cohérentes dans le temps)

Dépenses privées, versements directs des ménages, assurance privée (OMS)

	Be	Fr	Au	Al*	PB	Dk	Su	Fi	RU	Ir	It	Es	Po	Gr
	<i>Dépenses privées en % des dépenses totales</i>													
1995	23	20	26	19	29	17	13	28	16	27	27	28	37	45
2000	25	21	24	20	37	16	15	29	21	25	26	28	33	40
2005	24	22	25	23	28	16	19	26	19	24	22	29	32	37
2012	24	23	24	24	13	14	18	25	17	36	22	26	37	32
	<i>Versements directs des ménages en % des dépenses totales</i>													
1995	20	8	15	10	10	16	13	23	11	15	27	24	24	43
2000	21	7	15	10	9	15	14	22	11	15	25	24	24	34
2005	19	7	16	12	8	14	17	20	12	15	21	22	24	35
2012	20	7	15	12	6	13	16	19	10	15	20	20	32	30
	<i>Versements directs des ménages en % des dépenses privées</i>													
1995	84	37	57	54	33	93	100	80	68	58	100	85	64	96
2000	81	34	62	51	24	91	91	78	53	61	97	83	73	86
2005	79	32	63	52	27	90	89	77	61	64	94	76	75	95
2012	82	32	62	51	42	87	88	76	57	42	93	77	85	91
	<i>Assurance privée en % des dépenses privées</i>													
1995	9	59	23	41	49	7		9	20	33		12	4	4
2000	15	62	19	40	43	9		9	18	31		14	10	5
2005	20	59	19	39	56	9	1	8	7	30		20	13	5
2012	17	60	16	40	39	12	2	8	6	38		21	14	8

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%
Danemark 1999	Aucune	28%		28% (1998)
Suède 1999	Aucune		1.0%-1.5%	Négligeable
Finlande 1996	Aucune	Aucune	Enfants<7ans: 34.8%	10%
			Enfants 7-17ans: 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.

Classements pour « financement des soins ».1

- *Pas de lien entre classements selon privatisation externe et privatisation interne (cas particulier des P-B).*
- **Privatisation externe:**
- **FORTE:** *Processus très différents.*
 - **Pays-Bas:** système assurantiel (spécificité ancienne: piliers, d'où fragmentation de l'assurance, mutuelles). Assurances de base (gros risques), obligatoire (petits risques; caisses publiques et privées), assur. privée. 1998: accent sur concurrence. Fin du système d'assurance dual public et privé avec réforme 2006; très fort encadrement par l'Etat.
 - **Irlande:** SNS + assurances pour certains groupes. Développement d'assurances privées (mais aussi assur. publique facultative) pour accompagner *rattrapage soutenu* du système de soins qui était en retard (développement des soins publics et privés permis par croissance économique exceptionnellement forte). Accent sur concurrence. Conventions assureurs-prestateurs de soins,
 - **Portugal:** SNS partiel. *Rattrapage soutenu* du système de soins avec incitations aux assurances privées accompagnant un plan général de privatisation de l'économie (les 1990s) et avec report sur les paiements directs des ménages. Mutuelles, assur. privées.
- **MODEREE (début):** *fréquente. 3 pays continentaux, 2 pays nordiques, 3 pays du Sud.* Ces pays ont des systèmes différents et plus ou moins anciens. Croissance à la fois des paiements des ménages et des assurances privées.
 - **Belgique, France, Allemagne:** système assurantiel et place relativement importante au départ des mutuelles (Be, Fr) et/ou sociétés d'assurance. Progression de part des dépenses privées et croissance des versements des ménages et des assurances privées. En Allemagne, croissance de l'assurance privée due à population de partie Est.

Classements pour « financement des soins ».2

- **Privatisation externe (suite):**
- **MODEREE (suite):**
 - **Danemark, Suède:** SNS + pour Dk: médecine ambulatoire essentiellement privée, et Su: médecine pour partie libérale. Assurances privées complémentaires au Dk (les 1990s) avec aide publique (2002), et qui se développent récemment avec services de soins privés en Su. Hausse de part des versements des ménages en Su.
 - **Italie, Espagne:** SNS. Imbrication ancienne des soins publics et privés. It: chaque région a choix entre 3 types de systèmes; incitations à assur. privée (les 1990s); Mutuelles et assur. privées en Es. Un certain développement des assurances privées pour accompagner hausse des dépenses.
 - **Grèce:** SNS partiel+ assur. obligatoire. Alternance: accent sur public ou sur privé. Incitations aux assur. privées (les 1990s). *Rattrapage* pour le système de soins mais changement limité dans la structure du financement car versements des ménages très importants depuis le début.
- **FAIBLE: Au, R-U, Fi.** Systèmes publics anciens avec bonne couverture.
 - **Autriche:** système assurantiel. Mutuelles. Quelques assur. privées. Développement surtout des dépenses publiques de santé, donc moindre besoin que Be-Fr-Al de hausse d'assurances privées pour accompagner les dépenses privées.
 - **Royaume-Uni:** SNS. Soutien récent des dépenses publiques par gouvernement. Besoins limités de développement d'assurances privées pour dépenses privées.
 - **Finlande:** SNS. Mais différent de Dk et Su notamment car plus forte part des dépenses de soins privées au départ, moindre possibilité de la faire croître, et rattrapage relatif par rapport à Dk et Su passe en partie par soins publics; donc moins besoin de faire croître assurances privées.

Classements pour « financement des soins ».3

- **Privatisation interne:**

- *La privatisation interne est rarement notable. Il faut que la structure du système s'y prête (système financé par caisses publiques avec cotisations sociales): donc nombreux pays non concernés. Essentiellement: mise en concurrence des caisses publiques et choix du patient.*
- **(FORTE: P-B)**
- **MODEREE:**
- **Allemagne:** plan Seehofer 1992 : concurrence entre caisses et choix des patients. Mais 1998: un certain contrôle de concurrence et restriction du rôle des caisses. Les 2000s: accent sur autonomie et concurrence.
- [**Italie:** SPECIFIQUE: Les 1990s: régions peuvent choisir entre trois modèles de systèmes de financement/soins (choix du médecin par patient et paiement par USL, accords USL-prestateurs de soins, plans annuels de soins). But d'autonomie et d'équilibre budgétaire des régions. Les USL peuvent devenir des entreprises publiques et choisir leur système, mais elles couvrent un territoire qui leur est affecté.]
- **FAIBLE:**
- **Grèce:** SNS +assurance obligatoire pour salariés. Echecs des réformes successives et alternances d'accent sur public et sur privé. 1992: libre choix du régime d'assurance.

Classements pour « délivrance des soins ».1

- Pas de lien entre classements selon privatisation externe et privatisation interne.
- **Privatisation externe:**
 - **MODEREE:** *Processus différents.*
 - **Allemagne:** chaînes privées de cliniques, rachats d'hôpitaux publics, transformation du statut des hôpitaux.
 - **P-B:** mécontentements envers le secteur public d'où création de cliniques privées à but non lucratif et pratique privée dans hôpitaux publics.
 - **R-U:** insuffisances du SNS d'où pratique privée dans hôpitaux publics, privatisations (soins de long terme et personnes âgées), Private Finance Initiative pour hôpitaux (1992), Concordat NHS-secteur privé (2000), Partenariat Public-Privé (les 2000s), incitations au privé (2004).
 - **SUD:** *entrée dans UE pour Es, Po, Gr + rattrapage:*
 - **SUD.1: Italie (modérée ou faible?):** SNS en 1978, incitations au privé dès les 1980s et avec Amato-de Lorenzo en 1992 (pratique privée dans hôpitaux, remboursement des soins dans le privé, contrats USL-cliniques privées). A partir de 1997-2000 rôle des *régions* élargi.
 - **SUD.2: Espagne:** SNS en 1986, retards des services publics d'où contrats système public-fournisseurs de soins privés, double pratique publique-privée des médecins, conventions *Communautés autonomes*-établissements privés, PPP.
 - **SUD.3: Portugal:** SNS en 1979, partiel. Plan général de privatisation pour l'économie en 1989: soutien aux hôpitaux caritatifs, contrats SNS-services privés, double pratique des médecins, PPP.
 - **SUD.4: Grèce:** SNS en 1983, partiel et insuffisant. D'où développement du secteur privé à partir de 1992 (surtout non-lucratif). PPP.

- # Classements pour « délivrance des soins ».2
- **Privatisation externe (suite):**
 - **FAIBLE:** (*cas, notamment, où secteur privé relativement important en début de période (pays continentaux), ou cas où poids important du SNS et pas trop d'insuffisances*).
 - **Belgique:** traditionnellement secteur ambulatoire privé, hôpitaux publics ou privés non-lucratifs. Quelques fusions hôpitaux publics-privés.
 - **France (faible ou modérée?):** traditionnellement secteur ambulatoire privé, hôpitaux publics ou privés lucratifs et non-lucratifs. Pratique privée en hôpital.
 - **Autriche:** traditionnellement secteurs primaire et secondaire privés; hôpitaux: publics, rôle des organisations religieuses et des caisses d'assurances, cliniques privées. Changements limités.
 - **Irlande (faible ou modérée?):** SNS partiel. Secteur primaire privé. Hôpitaux publics, possibilités de pratique privée des médecins et de lits privés (lucratifs et non-lucratifs). Changements limités.
 - **Danemark:** SNS + médecine ambulatoire essentiellement privée. Echecs des expériences de privatisation dans les 1980s. 1993 et 2002: possibilité de paiement des cliniques privées par régimes publics. Expériences de privatisation par autorités locales.
 - **Suède (faible ou modérée?):** SNS dominant. Cependant présence de médecine libérale financée pour partie par le public. Echec d'expérience de privatisation d'un hôpital dans les années 1990. Autre expérience pour soins primaires 1994-95. Rôle des autorités locales dans expériences de privatisation. Contrats entre secteurs public et privé (nettoyage, examens de laboratoires, soins). Interdiction de privatisation des hôpitaux de 2000 à 2007. Double pratique des médecins.
 - **Finlande:** SNS avec rôle de l'hôpital public. Municipalités: centres de soins primaires. A partir des 1990s: services privés peuvent donner en « location » des médecins aux services publics, double pratique des médecins, incitations données au privé.

Classements pour « délivrance des soins ». 3

- **Privatisation interne** (autonomie de gestion, contrainte d'équilibre financier, concurrence):
 - **FORTE R-U**: rôle pionnier en Europe pour introduction de méthodes venues des USA. New Public Management et marchés internes dans hôpitaux publics. Contrat et concurrence se substituent à hiérarchie. Séparation acheteurs-producteurs de soins. A partir de 2003 accent sur autonomie des hôpitaux (trusts). Paiements à la performance. Réseaux de soins, Primary Care Trusts, Clinical Commissioning Groups.
 - **MODEREE (début)**: pays continentaux sans Be, 3 pays nordiques, Ir, 2 pays du Sud (les plus développés).
 - **France**: budget global des hôpitaux. T2A en 2004. Enveloppe globale pour soins de ville (1985). RMO (1993).
 - **Allemagne**: 3 enveloppes globales en 1992. GHM. Réseaux de soins. Les 2000s: concurrence.
 - **Autriche**: contrats hôpitaux-régimes de maladie (1989). Budget global avec «valorisation» (pour GHM et spécificités, 1997). Gestion des hôpitaux peut être confiée à org. privés (2002),
 - **Irlande**: budget global (les 1990s) et responsabilités des hôpitaux élargies. Budget global pour prescriptions. Réseaux de médecins mis en concurrence. GHM.
 - **Danemark**: budget global (1982). Sous-traitance (1993). Liberté de choix par patient. Contrats Comtés-hôpitaux dans les 1990s. GHM, plus d'autonomie des hôpitaux. Séparation acheteurs-producteurs de soins.
 - **Suède**: budget global puis budget basé sur l'activité. GHM (1991). Réforme Ädel 1992: séparation acheteurs-producteurs de soins, concurrence, marchés internes dans hôpitaux. Hôpitaux doivent trouver conventions de services avec les districts. Privatisation pour soins primaires à partir de 2007-2010.
 - **Finlande**: large autonomie de gestion des hôpitaux dans les 1990s. 1993: concurrence pour hôpitaux et centres de soins. GHM (1997).

Classements pour « délivrance des soins ».4

- **Privatisation interne (suite) :**
 - **MODEREE (Suite):**
 - **Italie:** hôpitaux peuvent se transformer en établissements publics indépendants (1992); autonomie financière et technique (1994). GHM (1997). Concurrence dans les 2000s.
 - **Espagne:** certaines régions autonomes accentuent concurrence dès les 1990s. Budget global. Contrats avec Insalud tenant compte de niveau d'activité et de prix théoriques. Quelques innovations de gestion. Contrats hôpitaux publics-cliniques privées quand insuffisances.
 - **FAIBLE (plutôt quand part du secteur public de soins est relativement limitée):**
 - **Belgique:** Paiement des hôpitaux selon «activité justifiée» en 1982. Paiements prospectifs selon GHM. Tarifs à la journée (1989).
 - **Pays-Bas:** A partir de 1988, incitations à concurrence entre producteurs de soins. Tarifs négociés remplacés en 2001 par subventions prenant l'activité en compte. GHM dans les 2000s.
 - **Portugal:** GHM (1989). Pratique privée en hôpital public. Séparation acheteurs-producteurs de soins (1997), et « agences pour les contrats ». 34 hôpitaux transformés en entreprises publiques en 2002, et poursuite de ce mouvement ensuite. Création de centres de soins primaires autonomes: loi de 1999 pas mise en œuvre. Création des groupes de centres de soins primaires en 2003. Paiement à la performance des médecins et GHM.
 - **Grèce:** budget global rétrospectif (1996) et GHM, mais pas mis en œuvre. Les 2000s: nouveaux modes de gestion, budget global prospectif, contrats. Hôpitaux gérés par personnel administratif (2005). Contrats de performance pour les médecins en soins primaires (2001).

Commentaires.1

- Les critères proposés de classement des privatisations permettent:
 - *De saisir ce qui se passe dans tous les pays pour les grandes composantes des systèmes de santé:*
 - La privatisation externe, tant pour le financement et la délivrance des soins, se retrouve dans tous les pays.
 - La privatisation interne pour la délivrance des soins apparaît dans tous les pays.
 - Seule la privatisation interne pour le financement n'est décelée que dans 4 pays.
 - *D'établir une hiérarchisation des privatisations entre pays et à l'intérieur de chaque pays.*

Commentaires.2

- **Attention aux interprétations abusives de la Figure 1:** des pays qui sont systématiquement classés sur la même ligne dans les 4 quadrants ne mènent pas une même politique de privatisation pour autant: Allemagne et Italie par exemple. Plusieurs raisons pour cela:
 - à l'intérieur de chacun des quadrants: les instruments des politiques sont multiples, leur combinaison varie selon les pays.
 - les privatisations ne sont qu'un des instruments des réformes même si elles en constituent une tendance majeure (aussi: décentralisation, correction des « défauts » des politiques, réglementations publiques diverses...), et chaque pays a une articulation spécifique entre sa politique de privatisation et les autres instruments utilisés.
 - plus profondément, des instruments semblables peuvent viser des objectifs différents; des instruments différents peuvent viser des objectifs semblables.
 - Raisons des différences de politique menée et des différences de « signification » des mesures adoptées: point de départ (dimension ou pas de compromis institutionnalisé des systèmes de soins, organisation administrative de l'Etat et décentralisation, organisation du système, importance des dépenses consacrées au système, mode de gouvernance...), contexte global (relation à l'UE, tensions économiques, politiques et sociales, etc.), objectifs poursuivis (sociaux/sociétaux, économiques, politiques), acteurs (importance, rôles), modalités d'adoption et de mise en œuvre des réformes, etc.

Commentaires.3

- ***Financement et délivrance des soins***: deux organisations aux évolutions en grande partie indépendantes. Pas de lien entre les privatisations de ces deux composantes au niveau global même si le développement des assurances privées accompagne souvent la hausse des soins privés.
- ***La hiérarchisation des privatisations fait apparaître une plus grande proximité entre certains pays et on retrouve des groupements « classiques »***:
 - -certains groupements de pays se retrouvent plus fréquemment sur une même ligne dans chaque quadrant,
 - -mais, si l'on tient compte des observations de la page précédente, tous les groupements observés ne présentent pas la même robustesse quand on considère le contexte global (institutionnel, économique, politique, social, idéologique) des privatisations dans les pays qui en font partie,
 - -avec cette vision « élargie », on retrouve une typologie des évolutions des systèmes de santé fondée cette fois non seulement sur les privatisations mais sur les réformes considérées dans leur ensemble et sur les évolutions des « résultats » des systèmes de santé, avec notamment une plus grande cohérence des pays continentaux, des pays nordiques, la spécificité des Pays-Bas, une séparation des pays anglo-saxons (Royaume-Uni et Irlande), et une distinction fréquente au sein des pays du Sud entre l'Italie et l'Espagne d'un côté, le Portugal et la Grèce de l'autre. Présence d'un noyau dur.