

LES HÔPITAUX DANS LES 27 PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE

Depuis quelques années, la plupart des pays membres de l'Union européenne sont confrontés à la même problématique : ils doivent garantir une offre de soins de santé de qualité, adaptée aux besoins de la population et accessible à tous, tout en contenant la pression à la hausse des dépenses de santé sur des finances publiques limitées.

Les dépenses de santé suivent en effet, dans quasiment tous les pays européens, une tendance croissante, elles approchent aujourd'hui les 9 % du PIB européen. Or, les finances publiques, qui supportent en général la majorité des dépenses de santé, sont partout contraintes. Les pouvoirs publics de nombreux pays européens ont donc engagé des réformes de leur système de santé, parfois en profondeur. Le secteur hospitalier tient un rôle primordial et spécifique au sein des systèmes de santé, il représente généralement le premier poste des dépenses de santé. Il a donc logiquement constitué un chantier prioritaire des réformes sanitaires.

Partout, les réformes hospitalières poursuivent l'objectif d'une rationalisation de l'offre de soins, en actionnant trois leviers principaux : la territorialisation des compétences hospitalières, la modification du mode financement des hôpitaux et la recomposition de l'offre hospitalière. Mais les modalités d'intervention sont différentes car il existe autant de cartes hospitalières que de pays. Par exemple, la rémunération des hôpitaux assurée en partie par un paiement à la pathologie a été mise en place par de nombreux États membres mais selon des modalités très variées d'un pays à l'autre. De la même façon, des recompositions hospitalières sont observées partout en Europe, elles se sont le plus souvent traduites par une diminution du nombre de lits de court séjour, mais selon des rythmes et des amplitudes très différents selon le pays.

Les systèmes hospitaliers européens, souvent d'essence publique, doivent de plus en plus composer avec le secteur privé. Celui-ci intervient de plus en plus comme financeur des dépenses courantes de santé mais aussi des dépenses de capital et comme fournisseur de services de soins. Constituant une solution complémentaire au financement sur ressources publiques, ces initiatives privées ont, pour partie, été encouragées par les gouvernements.

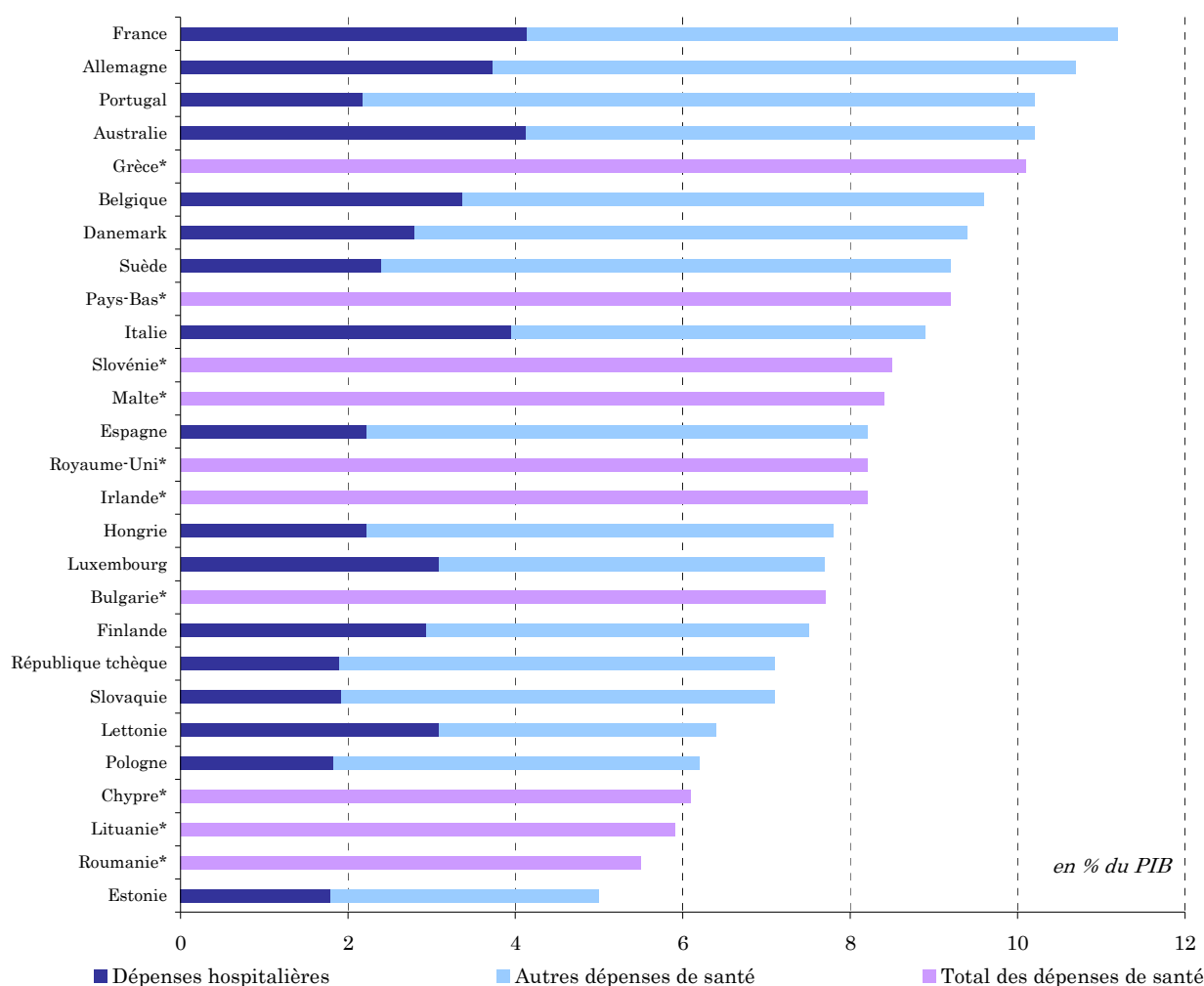
Enfin, s'il est sans doute trop tôt pour parler d'une « Europe de la santé », la construction européenne semble accélérer la cohérence des réponses apportées par les différents pays. C'est particulièrement net pour les nouveaux entrants de l'Union européenne (Europe centrale et orientale, Chypre et Malte). Ils connaissent une véritable « transition hospitalière » : l'amélioration des indicateurs sanitaires s'accompagne d'une recomposition de l'offre de soins dans laquelle l'hôpital devrait occuper une place moins hégémonique.

I) LE POIDS DU SECTEUR HOSPITALIER DANS L'ECONOMIE

En 2005, le poids des dépenses hospitalières dans le Produit intérieur brut (PIB) est compris entre un peu moins de 2 % en Estonie, en Pologne, en République tchèque et en Slovaquie et un peu plus de 4 % en Autriche, en France et en Italie. Ce poids a peu évolué depuis 1998ⁱ dans la majorité des pays européens. Cette stabilité résulte de deux évolutions

opposées qui viennent globalement se compenser. Le poids des dépenses totales de santé dans le PIB a progressé entre 1998 et 2005 dans la très grande majorité des Etats membres de l'Union européenne alors que, sur la même période, le poids des dépenses hospitalières au sein des dépenses totales de santé a diminué dans la majorité des pays.

Dépenses de santé (hospitalières et totales) en pourcentage du PIB dans les Etats membres de l'Union européenne en 2005



Source : OMS, 2009 ; * : pays pour lesquels le montant des dépenses hospitalières n'est pas disponible en 2005

1.1 LES DEPENSES TOTALES DE SANTE : TENDANCE GENERALE A LA HAUSSE

En moyenne, les 27 États membres de l'UE consacraient 8,9 % de leur richesse nationale aux dépenses de soins en 2005ⁱ, contre 7,9 % en 1998. D'un pays à l'autre, ce pourcentage varie du simple à plus du double, entre 5 % du PIB en Estonie et 11,2 % en France en 2005.

La part des dépenses totales de santé dans le PIB a progressé dans 22 des 27 États membres de l'Union européenne entre 1998 et 2005.

Parmi les 5 pays où cette part n'a pas progressé, 4 sont des pays d'Europe centrale et orientaleⁱⁱⁱ. L'Estonie est à la fois le pays européen consacrant la part la plus faible de sa richesse à la santé (5,0 %) et le seul enregistrant une diminution de cette part entre 1998 et 2005 (- 0,5 point). La Lettonie, la Lituanie et la Pologne, ont vu leur ratio se stabiliser autour de 6 et 6,5 % entre 1998 et 2005. Au total, l'éventail des poids des dépenses de santé dans le PIB des pays de l'UE ne s'est pas resserré entre 1998 et 2005.

1.2 LE POIDS DU SECTEUR HOSPITALIER EN REDUCTION DANS LES DEPENSES DE SANTE

Le secteur hospitalier représente dans tous les pays européens un des premiers postes de dépenses de santé, mais cette place est très variable selon les pays. Elle était comprise en 2005 entre un peu plus de 20 % des dépenses totales de santé au Portugal et un peu moins de 50 % en Lettonie.

Le poids des dépenses hospitalières dans les dépenses totales de santé a diminué dans la majorité des pays européens entre 1998 et 2005. Cette diminution résulte des politiques de maîtrise des dépenses de santé ainsi que de la croissance plus rapide des dépenses de médicaments, due notamment aux progrès médicaux et technologiques ou parfois, dans les pays de l'Europe centrale et orientale, à la libéralisation des prix des médicaments.

1.3 CONTRIBUTION DE LA SANTE A LA CROISSANCE ECONOMIQUE

Les dépenses de santé ne doivent cependant pas être considérées uniquement comme une dépense ; elles sont aussi une ressource. Le secteur de la santé participe en effet à la croissance économique, essentiellement par le biais de l'amélioration du « capital humain ». Trois éléments sont communément définis comme déterminant le capital humain : les compétences, les expériences et les savoirs qui, ensemble, établissent l'aptitude d'un individu à travailler, donc sa productivité. Ainsi, le capital humain est une composante fondamentale du progrès technique, qui est l'un des moteurs essentiels de la croissance économique.

Le capital humain peut s'acquérir, par l'éducation, s'entretenir et se développer, par l'intermédiaire de formations continues par exemple mais aussi par l'attention portée à la santé de l'individu. Le rôle de l'éducation dans la croissance a souvent été mis en évidence : les pays ou régions qui dépensent davantage en éducation, et en particulier ceux qui le font avec de meilleurs résultats, sont également ceux qui affichent les meilleures performances en termes de croissance.

Le rôle de la santé dans la croissance est moins documenté mais de plus en plus d'études s'y intéressent^{iv}. Celles-ci démontrent que le niveau initial et l'augmentation de l'espérance de vie a des effets positifs importants sur la croissance du PIB par habitant. L'investissement en santé vise d'abord à garantir la disponibilité d'une main d'œuvre productive. La croissance à venir peut également être alimentée par l'investissement en santé d'aujourd'hui, ce dernier offrant aux individus la capacité de se projeter dans le futur. Cette capacité prend la forme d'investissement dans l'éducation et du développement d'un comportement d'épargne.

II) UNE DYNAMIQUE DE DECENTRALISATION DES COMPETENCES SANITAIRES

La territorialisation des compétences sanitaires est devenue à partir des années 1970 un des axes majeurs des réformes de nombreux systèmes de santé en Europe. Celle-ci peut prendre la forme d'une déconcentration, soit le transfert de décisions de l'administration centrale vers ses relais locaux ou régionaux, ou plus communément d'une décentralisation, à savoir un transfert de compétences de l'État à des entités politiques locales (gouvernements locaux). La territorialisation des compétences sanitaires (dont celles relatives aux hôpitaux) qui est considérée parfois comme un moyen de rationalisation de l'offre hospitalière, continue aujourd'hui encore à faire son chemin : certains pays européens approfondissent la répartition des compétences entre acteurs locaux, d'autres y ont renoncé. La carte européenne des modes d'organisation des compétences sanitaires présentée ici évoluera donc dans les quelques années à venir.

Seuls 8 des 27 États membres de l'Union européenne s'appuient sur un système de santé centralisé. C'est notamment le cas des plus petits pays européens, qui n'ont pas ressenti le besoin de territorialiser leur offre de soins.

L'organisation déconcentrée du système de santé ne concerne que 4 pays. En Bulgarie, en France, en Grèce et au Portugal, des agences supervisées par l'État ont été créées afin de gérer le système de santé à un niveau infranational.

15 États membres s'appuient sur un système de santé décentralisé. Pour autant, la permanence d'une régulation centrale du système de santé y est considérée comme nécessaire.

1.1 PAYS A ORGANISATION SANITAIRE DECENTRALISEE

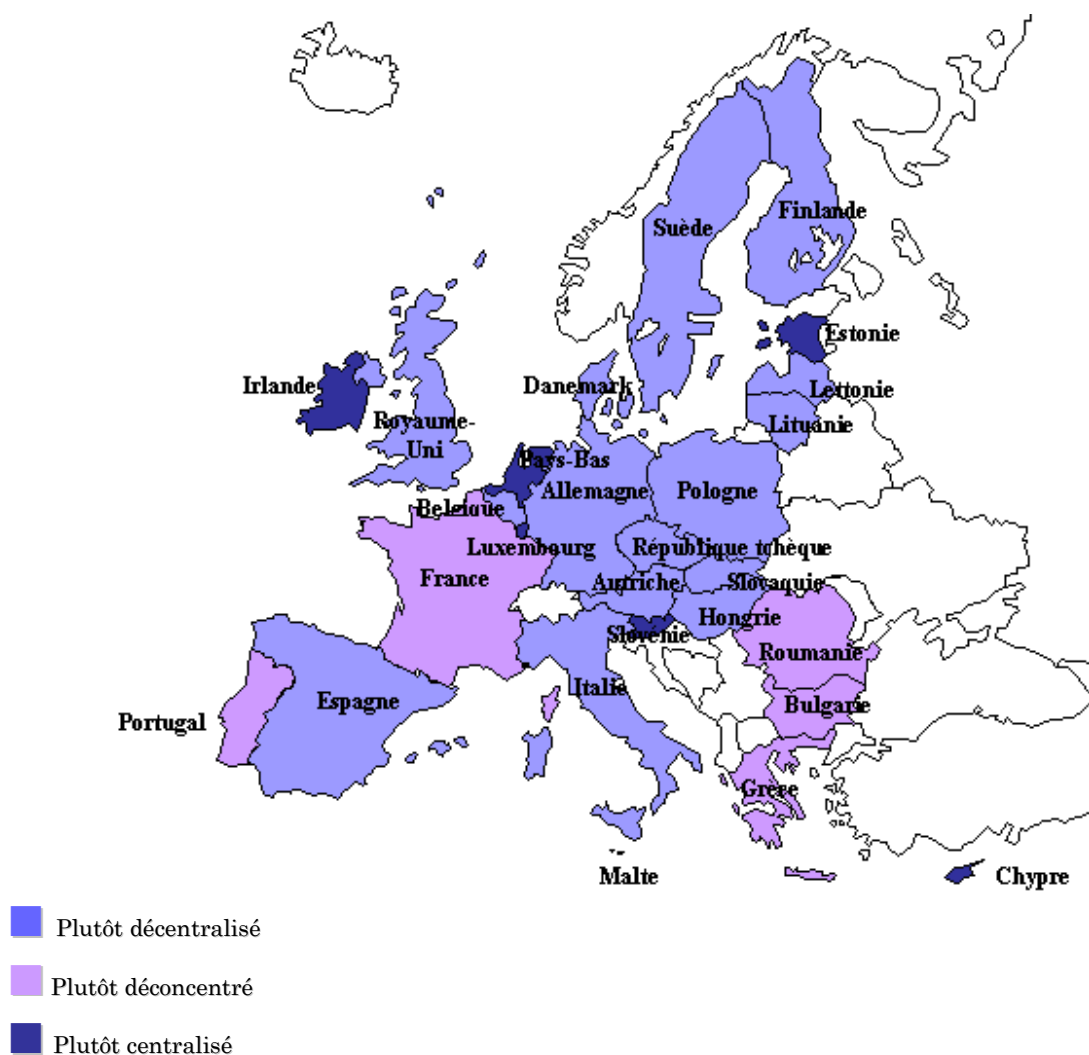
Les pays nordiques (Danemark, Finlande, Suède) sont traditionnellement très décentralisés. En **Finlande**, l'offre hospitalière est gérée par 20 districts hospitaliers, qui sont des structures intercommunales de taille relativement hétérogène puisque le plus petit district couvre moins de 100 000 habitants et le plus grand plus d'un million. Les districts hospitaliers sont propriétaires des établissements de santé. En revanche, ce sont les municipalités qui financent le fonctionnement des hôpitaux, en négociant directement avec eux le tarif des prestations et leurs investissements.

Dans les pays fédéraux (Allemagne, Autriche et Belgique), une part importante des compétences sanitaires et notamment hospitalières dépend des États fédérés (*Länder*, Communautés) qui jouissent d'une grande autonomie par rapport au gouvernement fédéral. En **Allemagne**, les hôpitaux publics sont détenus par les collectivités locales (*Länder*, comtés et municipalités). Les *Länder* sont les principaux régulateurs du secteur hospitalier. Ils planifient l'offre hospitalière, selon des critères qu'ils définissent, autorisent l'ouverture de lits et financent les investissements hospitaliers. Le budget de fonctionnement des hôpitaux est essentiellement financé par les caisses d'assurance maladie.

L'Espagne et l'Italie ont, au cours des dernières décennies, progressivement régionalisé leur système de santé, et donc le secteur hospitalier. En **Italie**, les régions concentrent ainsi l'essentiel des compétences hospitalières. Elles sont propriétaires des hôpitaux publics, financent l'essentiel de leur fonctionnement et de leurs investissements. La majorité des hôpitaux publics dépendent soit d'une *Azienda sanitaria locale*^v (*ASL*), établissement public territorial doté de la personnalité morale et disposant d'une autonomie en matières financière et de ressources humaines. Les autres hôpitaux publics ont le statut d'*Azienda Ospedaliera*^{vi} (*AO*). Les *AO* sont responsables de leur budget tout en étant placées sous la tutelle de la région, qui nomme notamment leur directeur.

Les systèmes de santé des pays d'Europe centrale et orientale sous le régime communiste étaient fortement centralisés et organisés autour d'une offre hospitalière abondante. Depuis le début des années 1990, la plupart de ces pays ont engagé des processus de décentralisation. Certaines réformes n'ont pas abouti, d'autres sont plus avancées, comme en **République tchèque**. Dans le cadre de la loi réformant l'administration territoriale du 1er janvier 2003, les 14 régions tchèques sont devenues propriétaires de tous les hôpitaux publics à l'exception des centres hospitaliers universitaires qui sont restés propriété de l'État. Les régions ont par ailleurs reçu le droit d'organiser l'administration des hôpitaux dont elles sont propriétaires. Les investissements sont également du ressort des régions ainsi que de l'État pour les investissements les plus lourds. Le budget de fonctionnement des hôpitaux tchèques est essentiellement financé par les caisses d'assurance maladie.

L'organisation territoriale des systèmes de santé européens en 2009



Au **Royaume-Uni**, le *National Health Service (NHS)* a été décentralisé en 1998 au niveau des quatre nations : Angleterre, Pays de Galles, Écosse et Irlande du Nord. Au niveau local, son organisation oscille entre une forte déconcentration, en Angleterre et au Pays de Galles, et une déconcentration plus limitée, en Écosse et en Irlande du Nord. Dès l'an 2000, le Ministère de la Santé anglais a initié une vaste réforme du *NHS* anglais vers une plus grande déconcentration. Les *Primary Care Trusts (PCT)*, regroupement de médecins, infirmiers, représentants des services sociaux et patients, ont été mis en place en 2002 et sont responsables sur leur territoire du financement et de l'organisation de l'ensemble des soins. Ils reçoivent à ce titre 80 % du budget du *NHS*. Les 152 *PCT* sont sous la tutelle de 10 *Strategic Health Authorities (SHA)*, relais locaux du Ministère de la santé pour ce qui concerne la politique générale de santé. Les hôpitaux, quant à eux, ont gagné en indépendance. Mais déjà, avec la réforme de 1990, les hôpitaux étaient devenus des *NHS Trusts*, organismes publics dotés d'une personnalité morale et d'une autonomie importante en matière budgétaire et d'activité, séparés des administrations locales dans lesquels ils étaient auparavant intégrés. La plupart des 245 *NHS Trusts* ont été transformés en *Foundation Trusts*, à la suite de la réforme de 2004, leur conférant une autonomie accrue, notamment en matière d'investissement. Les hôpitaux négocient directement avec les *PCT* des contrats de fournitures de soins.

1.2 PAYS AYANT RECEMMENT REVISE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LEUR SYSTEME DE SANTE

La territorialisation des compétences sanitaires est une question qui reste d'actualité dans plusieurs pays d'Europe, soit qu'ils s'engagent dans un processus de décentralisation (Roumanie par exemple), soit qu'ils renoncent à décentraliser leur système de santé (Irlande par exemple), soit enfin qu'ils restructurent les différents échelons compétents (France et Danemark par exemple).

En **Roumanie**, l'organisation du système de santé est déconcentrée, les collectivités locales n'y jouent qu'un rôle marginal, bien que propriétaires de la majorité des établissements de soins dont les hôpitaux. En germe depuis quelques années, la décentralisation des compétences hospitalières du niveau central

vers les autorités locales, semble aujourd'hui se mettre en route. En mai 2009, le gouvernement roumain a adopté une résolution relative à la stratégie de décentralisation dans le domaine de la santé, prévoyant le transfert de la gestion des hôpitaux aux collectivités locales, avec les ressources correspondantes dès 2010. Le financement des hôpitaux étant assuré par les caisses d'assurance maladie, l'intervention financière des communes concerne principalement l'investissement.

En **Irlande**, une réforme de janvier 2005 a reconcentré l'organisation du système de santé, créant le *Health Service Executive (HSE)* en remplacement des 10 *health boards* existant. L'État est propriétaire des hôpitaux publics et le *HSE* finance les budgets de fonctionnement et d'investissement de ces hôpitaux. Ainsi, le *HSE* centralise la gestion des services de santé du pays et gère entièrement le budget du ministère de la Santé.

L'organisation des compétences sanitaires au **Danemark** a été profondément remaniée à la suite de la réforme du secteur public entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2007. La réforme a supprimé les 13 comtés et les a remplacés par cinq nouvelles régions. Les compétences en matière de santé qui relevaient principalement des comtés ont été redistribuées entre les communes et les régions. Ces dernières ont notamment récupéré les compétences en matière hospitalière mais elles n'ont pas de pouvoir fiscal. Ce sont l'État et les municipalités qui financent les budgets des hôpitaux et autres services de santé. L'État participe à hauteur de 80 % aux dépenses de santé des nouvelles régions, *via* des subventions et des dotations attribuées aux régions selon des critères socio-économiques et démographiques. Les municipalités financent les 20 % des dépenses publiques restants.

L'année 2010 verra la création de 26 Agences régionales de santé (ARS) en **France**. Cette nouvelle organisation vise le regroupement au sein d'une même agence de l'ensemble des compétences sanitaires déjà déconcentrées pour l'essentiel mais gérées par différents organismes. L'objectif de cette évolution est donc une meilleure coordination régionale des activités hospitalières, de soins de ville et du secteur médico-social. Cette réforme ne modifiera pas le système de financement des hôpitaux qui est assuré principalement par les caisses d'assurance maladie.

III) LE FINANCEMENT DES HOPITAUX EN QUESTION

Partout en Europe, les gouvernements ont décidé de revoir les modes de rémunération des hôpitaux pour une meilleure maîtrise de leurs dépenses de fonctionnement. La plupart des pays européens ont décidé, les uns après les autres, d'utiliser en partie le paiement à la pathologie en l'adaptant évidemment à leur propre organisation sanitaire. La recherche de marges de manœuvre budgétaires induite par ce nouveau mode de rémunération n'a pas contrarié le lancement de vastes programmes d'investissement dans plusieurs pays européens.

1.1 LA GENERALISATION DU PAIEMENT A LA PATHOLOGIE

Au cours de ces quinze dernières années, la plupart des pays européens ont modifié le système de rémunération du secteur hospitalier, en introduisant des éléments de paiement à la pathologie. Ce mécanisme repose sur une classification des séjours des patients dans des groupes de pathologies, construits en fonction d'une homogénéité de traitement et des moyens économiques requis pour leur prise en charge. Plusieurs classifications existent, parmi lesquelles la plus ancienne, en provenance des Etats-Unis, les *Diagnosis Related Groups (DRGs)*, est la plus connue.

La Hongrie et la Suède (dans certains comtés seulement) ont été les premiers pays européens où le paiement à la pathologie fut introduit, en 1992 et 1993. Ils ont depuis été rejoints par 20 autres Etats membres de l'Union Européenne. L'introduction du paiement à la pathologie est en projet dans 5 pays européens. C'est le cas notamment en **République tchèque** qui a connu, comme la plupart des pays d'Europe centrale et orientale, des réformes successives du mode de paiement des hôpitaux depuis les années 1990.

A l'échelle européenne, l'introduction d'un paiement à la pathologie dans les hôpitaux vise avant tout à les inciter à améliorer la maîtrise de leurs dépenses et dans certains cas à tenter de réduire les files d'attente. Les objectifs principaux de ce nouveau mode de rémunération apparaissent relativement partagés. En revanche, les modalités de sa mise en œuvre varient sensiblement d'un pays à l'autre.

Dans la majorité des pays, seuls les soins aigus sont actuellement concernés par un paiement à la pathologie, qui peut néanmoins s'étendre à d'autres disciplines, comme la psychiatrie en Italie et le moyen séjour en Hongrie, ou dont l'extension est en projet (la psychiatrie en Angleterre par exemple).

En complément d'un paiement strictement lié à la pathologie ou à l'activité, le mécanisme d'allocation des ressources hospitalières conserve dans l'immense majorité des pays européens, une part de budgétisation globale, notamment pour financer les missions d'intérêt général, indépendante d'une activité liée à un séjour hospitalier (typiquement la formation des médecins et la recherche médicale).

Plusieurs pays proposent à leur secteur hospitalier une montée en charge progressive de la réforme du paiement à la pathologie, afin d'assurer une transition avec les précédents modes de financement.

Dans de nombreux pays, l'Etat est l'initiateur du projet d'introduction du paiement à la pathologie, ce qui peut induire une forme de « centralisation » des compétences budgétaires dans les pays décentralisés (Autriche et Italie notamment). Cependant, si le projet est généralement impulsé par les gouvernements centraux, son application peut être décentralisée et varier d'une collectivité locale à l'autre au sein d'un même pays, notamment pour les cas italien et suédois.

LA MISE EN PLACE DU PAIEMENT A LA PATHOLOGIE EN SUEDE

20 comtés composent la **Suède** et tous n'ont pas introduit le paiement à l'activité au début des années 90. Dans les comtés l'ayant instauré, les premières études faisant suite à cette réforme démontrent que celle-ci a permis une réduction des files d'attente mais peu de gains de productivité. Les établissements de santé se sont en fait concentrés sur la maximisation de leurs revenus plutôt que sur le contrôle de leurs coûts. L'activité a ainsi progressé beaucoup plus fortement que ce qui était prévu dans certains comtés, entraînant un dérapage des dépenses. Afin de maîtriser les dépenses de santé et inciter à une amélioration de la productivité, certains comtés ont aménagé les modalités de la réforme tarifaire. Les tarifs ont par exemple été calculés en fonction des coûts des 10 % des hôpitaux les plus performants (et non plus à partir d'une moyenne). La part de financement directement lié à l'activité, proche de 100 % initialement, a parfois été réduite. A la suite de ces aménagements, des gains de productivité ont pu être observés pendant quelques années. Ceux-ci sont apparus plus élevés au sein des comtés ayant opté pour un financement reposant sur un paiement à la pathologie qu'au sein des comtés n'ayant pas fait ce choix. Ces gains se sont produits sans qu'une diminution perceptible de la qualité ou de l'accès aux soins n'ait pu être mesurée. Il ne semble pas non plus que la diminution de la durée de séjour observée ait eut un impact sur le taux de réadmission des patients hospitalisés ou que les personnes âgées aient subi une quelconque discrimination^{vii}. Des gains de productivité des établissements de santé ont également été enregistrés au sein d'autres pays européens ayant introduit le paiement à la pathologie au cours des années 1990, notamment en Italie, en Finlande, en Autriche et au Portugal.

1.2 LA RELANCE DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER

Le besoin de moderniser le parc hospitalier s'est accentué sous l'effet de la diffusion accélérée des progrès des techniques médicales. Il s'est fait plus ressentir dans les pays qui avaient négligé un temps leurs hôpitaux ; c'est le cas de nombreux pays européens. Plusieurs ont délibérément soutenu une relance de l'investissement hospitalier ces dernières années ; l'État ou les collectivités locales n'ont pas hésité à injecter massivement des fonds publics. A l'occasion de ces plans de relance de l'investissement hospitalier nationaux ou locaux, plusieurs gouvernements ont décidé (Royaume-Uni, France, Espagne, Portugal, etc.) de recourir au secteur privé au moyen de partenariats public-privé (PPP)^{viii}.

Au **Royaume-Uni**, le parti travailliste a engagé en 1997, aussitôt après son arrivée au pouvoir, une réforme du système de santé, incluant un plan de relance de l'investissement hospitalier lancé en 2000. En Angleterre, le gouvernement a eu massivement recours au *Private Financing Initiative* (PFI), dont il avait déjà l'expérience, pour mettre en œuvre ce vaste programme de modernisation du parc hospitalier, dont un tiers datait d'avant 1948. La reconstruction de 100 hôpitaux à l'horizon 2010 était l'objectif inscrit dans ce plan, objectif d'ores et déjà dépassé fin 2008 puisque la reconstruction du 100^{ème} hôpital s'achevait alors et qu'une trentaine d'autres reconstructions

était en cours. Depuis 1997, plus de 19 milliards d'euros ont été investis, dont plus de 80 % ont été mobilisés dans le cadre de PFI. L'investissement hospitalier annuel a atteint 7 milliards d'euros en 2008 contre 1,9 milliard d'euros en 1998 (montant le plus faible enregistré au cours des années 1990).

En **France**, le nouveau gouvernement de 2002 a décidé de relancer l'investissement hospitalier. Le plan de relance, appelé « Hôpital 2007 », visait un investissement supplémentaire de 10 milliards d'euros sur 5 ans au moyen de l'attribution de 6 milliards d'euros d'aides gouvernementales. Ce sont plus de 1000 opérations, publiques mais aussi privées, qui ont été soutenues par ce plan, pour un montant final estimé à plus de 16 milliards d'euros mais sur une période dépassant largement le terme initial (2007). Les investissements annuels des hôpitaux publics ont ainsi plus que doublé entre 2002 et 2008, sous l'effet principalement de ce plan : ils sont passés de 3 à 6,8 milliards d'euros.

Certaines des opérations inscrites dans le plan ont été menées dans le cadre de PPP ; on en compte environ 50 depuis 2004 pour des investissements équivalant à 2 milliards d'euros. Le plan Hôpital 2012, lancé en 2008, s'inscrit dans la continuité d'Hôpital 2007 ; 5 milliards d'euros d'aides publiques devraient permettre 10 milliards d'euros d'investissement supplémentaire. Plus sélectif, ce plan privilégie les opérations permettant l'accélération des recompositions hospitalières.

En **Belgique**, les régions ont la charge de l'investissement hospitalier, avec le soutien financier du Fédéral. La vétusté de certains établissements a incité chacune d'elles à lancer des programmes d'investissement importants, sur les quelques années à venir. Plus de 3 milliards d'euros d'investissement sont prévus et seront financés, pour les travaux définis comme prioritaires, à hauteur de 90 % par le gouvernement fédéral contre une participation classique de 40 %.

En **Espagne**, les services régionaux de santé des communautés autonomes gèrent, indépendamment du niveau national, les investissements hospitaliers. Les communautés « historiques », c'est-à-dire celles ayant acquis les premières leur autonomie, comme la Catalogne et l'Andalousie, ont injecté des fonds importants dans la rénovation des hôpitaux les années suivant le transfert des compétences sanitaires.

C'est aujourd'hui au tour des régions « récentes », comme Madrid et Valence, de moderniser leur parc hospitalier. Ces deux régions ont pris le parti d'innover. La communauté autonome de Madrid a lancé entre 2004 et 2005 la construction de 7 nouveaux hôpitaux, tous sous forme de PPP. En 2009, elle en a lancé un nouveau et en annonce 3 autres pour les années à venir. La région de Valence est allée plus loin dans le contenu du PPP, elle a concédé au privé la construction et la gestion intégrale de 5 hôpitaux.

Le secteur hospitalier figure rarement comme une priorité dans les plans de relance adoptés à la suite de la crise économique et financière mondiale de 2008, à la différence des transports ou encore, à un degré moindre, de l'éducation et du secteur de la dépendance.

LA PLACE DES SYSTEMES DE SANTE DANS LES PLANS DE RELANCE CONSECUTIFS A LA CRISE

Les plans de relance de l'économie adoptés pour faire face à la crise économique et financière mondiale qui a débuté en septembre 2008 n'inclut que très rarement des mesures relatives au secteur hospitalier. La relance de l'investissement hospitalier n'est citée que dans un nombre limité de plans, notamment en Allemagne, au Luxembourg et aux Pays-Bas, où elle n'y occupe qu'une place marginale. En Allemagne, par exemple, moins de 1 % des montants investis, soit 18 milliards d'euros, devrait être consacré au secteur hospitalier.

Avant que ces plans de relance de l'économie ne soient annoncés, plusieurs pays européens s'étaient déjà engagés dans des programmes importants de relance de l'investissement hospitalier (Allemagne, Belgique, Danemark, France et Royaume-Uni notamment) ou des plans visant à la recomposition du secteur (Hongrie et Estonie par exemple). Ceci pourrait expliquer que le secteur hospitalier soit resté à l'écart des différents plans de relance de l'économie.

Par ailleurs, plutôt que d'augmenter les dépenses publiques en soutenant les investissements hospitaliers, de nombreux pays souhaitent, en lien avec la crise économique et financière mondiale, réduire la pression exercée par les dépenses de santé sur les fonds publics. La réduction des dépenses totales de santé a ainsi été annoncée dans certains pays, notamment en Europe centrale et orientale (Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie et Roumanie). La prise en charge par l'assurance maladie publique a par ailleurs été réduite dans plusieurs de ces pays, tels l'Estonie, la Lettonie et la République tchèque^{ix}.

IV) LES RECOMPOSITIONS HOSPITALIERES : LA REDUCTION DES CAPACITES EN SOINS AIGUS

Depuis plusieurs années, la majorité des pays européens cherchent à rationaliser les capacités hospitalières, jugées le plus souvent excédentaires et mal réparties sur le territoire, et donc pas suffisamment efficaces. Les politiques de rationalisation de l'offre hospitalière, usant d'outils de planification plus ou moins coercitifs et efficaces selon la configuration du système hospitalier, ont toutes consisté à réduire la densité des lits en soins aigus. Les fermetures de lits en soins aigus ont pu avoir des impacts différents selon les pays (fermetures d'hôpitaux, développement de l'hospitalisation à domicile, créations de lits de soins de suite, etc.).

En 2007, les États membres de l'Union européenne comptaient en moyenne 4,2 lits de soins aigus pour 1 000 habitants et 2 hôpitaux de soins aigus pour 100 000 habitants. Ces deux indicateurs étaient en nette diminution par rapport à 1990 (environ - 30 %) et même 2000 (environ - 10 %). Malgré une diminution de la densité en lits de soins aigus un peu partout en Europe, celle-ci reste très hétérogène d'un pays à l'autre. Elle variait du simple au triple, 2,3 lits pour 1 000 habitants en Finlande en 2007 contre 6,4 en Autriche. Les écarts restent donc importants bien que la dispersion relative des densités autour de la moyenne se soit réduite par rapport à celle de 1990.

Densité en lits et hôpitaux de soins aigus en 2007 et évolution par rapport à 1990

	Densité en lits en soins aigus		Densité en hôpitaux de soins aigus	
	Niveau en 2007	Évolution par rapport à 1990	Niveau en 2007	Évolution par rapport à 1990
Autriche	6,4	-21%	2,2	-23%
Slovaquie	6,0	-19%	2,0	35%
Rép. tchèque	6,0	-27%	1,9	20%
Allemagne	5,7	-23%	2,2	-19%
Lettonie	5,2	n/d	3,1	n/d
Lituanie	5,1	-47%	2,4	-44%
Luxembourg	5,1	-27%	2,0	-58%
Roumanie	5,1	-27%	n/d	n/d
Belgique	4,7	-4%	1,4	-54%
Hongrie	4,1	-42%	1,1	n/d
Pologne	4,1	-35%	n/d	n/d
Grèce	3,9	1%	2,4	-29%
Estonie	3,8	-59%	2,7	-60%
Slovénie	3,8	-25%	1,1	n/d
France	3,6	-29%	2,7	-25%
Chypre	3,5	-22%	12,2	n/d
Pays-Bas	3,4	-15%	0,6	-34%
Italie	3,4	-44%	1,9	-23%
Danemark	3,1	-25%	n/d	n/d
Portugal	3,0	-17%	1,5	-20%
Suède	2,8	-32%	n/d	n/d
Irlande	2,7	-14%	1,2	-34%
Espagne	2,7	-19%	1,3	-21%
Malte	2,7	n/d	1,5	n/d
Finlande	2,3	-46%	n/d	n/d

Source : OMS, 2009

n/d = non disponible

Pour la quasi-totalité des États membres de l'Union européenne, la densité en lits de soins aigus a sensiblement diminué au cours de ces dernières décennies. Toutefois, les évolutions n'ont pas toutes la même ampleur, ni le même rythme. Elles n'interviennent pas non plus au même moment. Globalement, hormis les pays d'Europe centrale et orientale dont la densité en lits de soins aigus commence seulement à diminuer à partir des années 1990, cette tendance s'observe dans les autres États membres à partir des années 1980. Dans la majorité des pays, la tendance se poursuit au cours des années 2000 même si la diminution est souvent moins marquée qu'au cours des deux décennies précédentes.

La Belgique et la Grèce (3,8 lits) étaient les deux seuls pays dont la densité en lits de soins aigus était proche en 2007 du niveau observé en 1990. En **Belgique**, la densité en lits de soins aigus a progressé jusqu'au début des années 1980 pour atteindre 5,9 lits pour 1 000 habitants en 1985. En 1982, un train de mesures a conduit d'une part à reclasser une partie des lits de soins aigus en lits de soins infirmiers à domicile et d'autre part à geler la capacité des hôpitaux à celle constatée au 1^{er} juillet 1982. Des compensations financières ont également été attribuées pour toute fermeture de lits. La baisse du nombre de lits issue de ces mesures n'a pas été concluante. Aussi, en 1989, la loi a fixé une capacité minimale à 150 lits pour les hôpitaux de soins aigus et octroyé des aides aux opérations de fusions ou fermetures d'établissements qui ne respectaient pas cette norme. Cette nouvelle réforme, ayant encouragé les regroupements entre hôpitaux, a surtout permis de diviser par deux la densité en hôpitaux de soins aigus (1,4 hôpital pour 100 000 habitants en 2007 contre 2,9 en 1990) et dans une moindre mesure, de réduire la densité de lits, qui s'établissait à 4,7 lits pour 1 000 habitants en 2007.

Cette densité était plus faible en 2007 qu'elle ne l'était en 1990 dans les 25 autres États membres (hors Belgique et Grèce). Cette diminution a été particulièrement forte dans certains pays d'Europe centrale et orientale. Au début des années 1990, ceux-ci se caractérisaient par une offre hospitalière surdimensionnée, héritage de leur passé soviétique. Des recompositions hospitalières ont alors été lancées en parallèle de la transition politique et sous l'effet des pressions économiques et politiques. La réussite de ces recompositions est cependant contrastée d'un

pays à l'autre. Cinq des huit pays comptant plus de 5 lits de soins aigus pour 1 000 habitants en 2007 étaient des pays d'Europe centrale et orientale (Lettonie, Lituanie, République tchèque, Roumanie et Slovaquie), ces derniers continuent donc de se distinguer des autres États membres par une densité en lits de soins aigus supérieure à la moyenne.

L'**Estonie** comptait 3,8 lits pour 1 000 habitants en 2007 contre 9,2 en 1990. La radicalité des réformes menées ces quinze dernières années a transformé le paysage hospitalier estonien^x. En 1994, la loi sur l'organisation des services de santé a instauré un système d'accréditation pour l'offre de soins aigus, système qui a entraîné la fermeture et la conversion en maisons de repos et de santé de nombreux petits hôpitaux de soins aigus. Le « Plan Hospitalier 2015 », mis en œuvre en 2000, poursuit l'objectif d'une diminution de l'offre hospitalière en soins aigus, tout en incitant les hôpitaux à plus d'efficacité. Il est ainsi prévu que l'Estonie compte 2 lits de soins aigus pour 1 000 habitants et environ 1,5 hôpital de soins aigus pour 100 000 habitants en 2015.

En **Hongrie**, les recompositions hospitalières se sont matérialisées beaucoup plus récemment. Dans ce pays, les oppositions politiques aux restructurations hospitalières ont longtemps empêché une diminution conséquente du nombre de lits de soins aigus, jusqu'à une loi votée fin 2006 qui visait à fermer 10 % des lits de soins aigus et à valoriser les soins de longue durée. Cette loi a mis en place des incitations financières : les hôpitaux fermant des lits de soins aigus ou les convertissant en lits de soins de longue durée ont reçu une allocation financière exceptionnelle au prorata du nombre de lits fermés ou convertis. Ces incitations financières ont permis le dépassement de l'objectif de la loi : la densité en lits de soins aigus a diminué de 25 % en 2007 pour s'établir à 4,1 lits pour 1 000 habitants alors qu'elle n'avait diminué que d'un peu plus de 20 % entre 1990 et 2006.

En **Finlande**, et plus généralement dans les pays nordiques, alors que la densité en lits de soins aigus était déjà relativement faible dès les années 1980 (près de 5 pour 1 000 habitants contre 6 en moyenne dans l'Union européenne), elle a été divisée par deux durant les années 1990. A la suite de la récession économique du début des années 1990^{xi}, le

gouvernement finlandais a dû procéder à des coupes budgétaires importantes dans les programmes sociaux et sanitaires, entraînant la fermeture de nombreux lits de soins aigus. La capacité hospitalière a été réduite de 30 % entre 1990 et 1995. Cette contraction de lits s'est poursuivie à un rythme soutenu jusqu'à la fin des années 1990 et s'est accompagnée d'une nouvelle articulation des soins hospitaliers et de ville^{xiii}. Du fait notamment de cette diminution drastique du nombre de lits, des problèmes de temps d'accès aux soins sont apparus au cours des années 1990 avec la constitution de listes d'attente. Ceux-ci tendent néanmoins à se résorber depuis la loi de 2004 sur l'accès aux soins et grâce à un net ralentissement de la réduction de la densité en lits de soins aigus. Des évolutions proches, quoiqu'un peu moins prononcées, ont eu lieu en Suède et au Danemark.

Pour une majorité de pays européens, la densité en hôpitaux de soins aigus diminue plus fortement que la densité en lits de soins aigus. La République tchèque et la Slovaquie sont deux exceptions puisque la densité en hôpitaux de soins aigus a progressé au cours des années 1990 alors même que la densité en lits diminuait. En **République tchèque**, deux éléments d'explications peuvent être avancés : d'une part, le processus de décentralisation du système de santé, qui a favorisé une implantation locale de l'offre de soins hospitaliers et d'autre part, le développement du secteur hospitalier privé, permis par la privatisation d'hôpitaux publics mais aussi par la création de nouveaux établissements. Depuis quelques années, la densité en hôpitaux de soins aigus diminue en République tchèque et en Slovaquie mais elle reste aujourd'hui supérieure à ce qu'elle était au début des années 1990, à la différence des autres États membres de l'Union européenne.

V) LA PROGRESSION DU SECTEUR PRIVE DANS LE SYSTEME DE SANTE

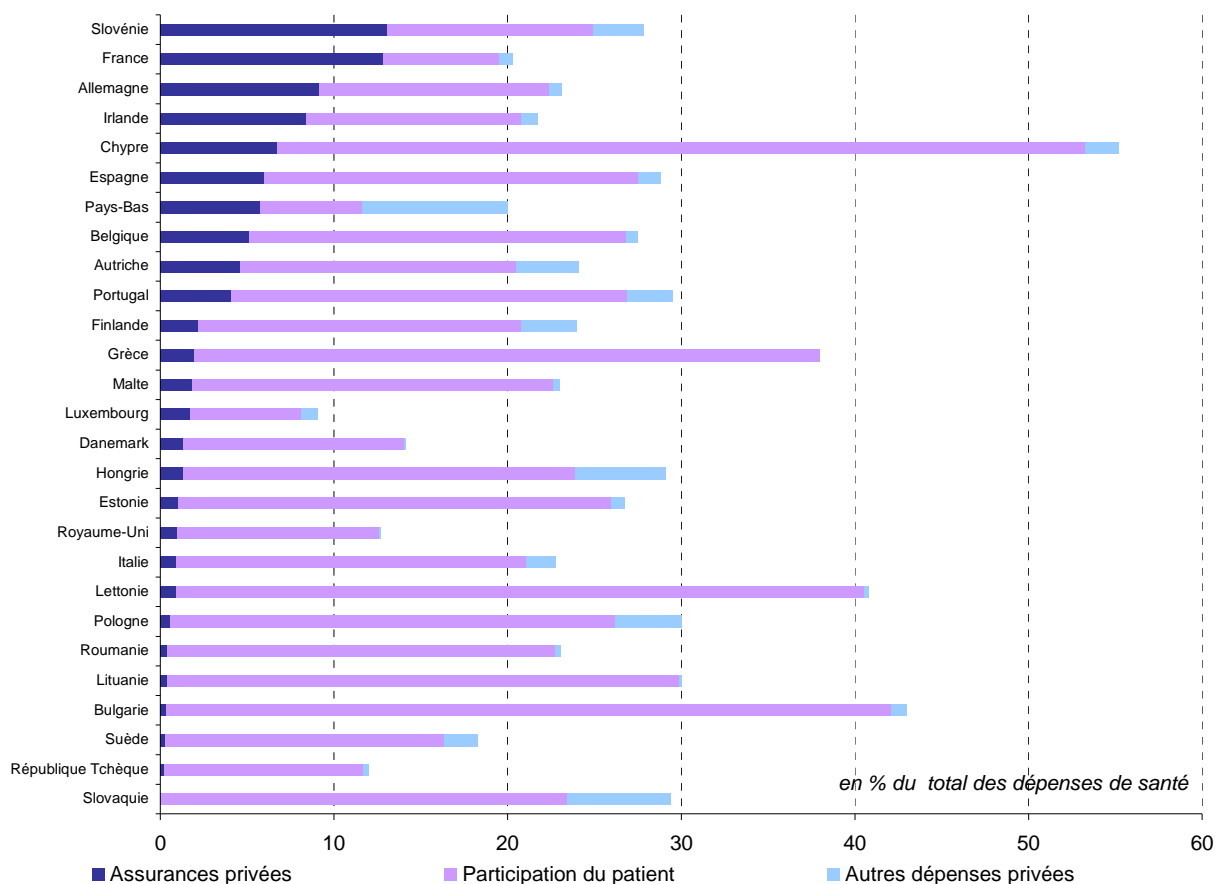
L'intervention publique est un des principaux fondements des systèmes de santé européens. Pourtant, dans plusieurs pays européens, un processus de privatisation s'est mis en route, pour ce qui concerne à la fois le financement des dépenses de santé et la fourniture de services de santé. Les initiatives privées récentes sont le plus souvent le fait de gouvernements qui souhaitent ouvrir volontairement des brèches dans le système de santé, pour des motifs divers : réduire le poids des finances publiques, améliorer l'efficacité...

1.1 LES SOURCES PRIVEES DE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE

Le financement des systèmes de santé européens repose dans la plupart des pays principalement sur des fonds publics (fiscalité

et/ou cotisations sociales). En 2006, ceux-ci finançaient plus de 70 % des dépenses de santé dans 23 États membres et seul le système de santé chypriote dépend en légère majorité de ressources privées. En Europe, les sources privées de financement représentait en moyenne 23,2 % des dépenses de santé en 2006, en légère diminution par rapport à 2000 (24,9 %). Il existe deux sources principales de financement privé des dépenses de santé : la participation directe des patients, qui représente trois quarts du financement privé, et l'assurance maladie privée. Même si l'assurance maladie privée vise généralement à réduire la participation directe du patient, il n'existe pas à l'échelle européenne de corrélation entre ces deux sources de financement privé des dépenses de santé.

Part et nature du financement privé des dépenses de santé en 2006



source : OMS, 2009

Diminuant dans la majorité des pays de l'Union européenne ces dernières années, la participation directe des patients est passée en moyenne de 18,4 % en 2000 à 17 % en 2006. La baisse a été notable dans certains pays d'Europe centrale et orientale (Hongrie, Lettonie, Pologne, Roumanie), en raison de la refonte des systèmes de santé, initiée depuis le début des années 1990, comme dans les deux autres nouveaux entrants (Chypre et Malte) et dans des pays où la tradition de couverture maladie publique est plus ancienne, tels la Belgique, le Danemark, l'Italie ou le Royaume-Uni.

La participation directe des patients en Allemagne, Belgique, France, Pays-Bas, Suède et Suisse est beaucoup moins importante pour le secteur hospitalier que pour les consultations de médecins ou pour le secteur pharmaceutique^{xiii}. Il faut rappeler que l'accès aux hôpitaux publics est totalement gratuit dans près de la moitié des pays européens.

Partout en Europe, des systèmes d'assurance maladie privée se sont positionnés aux côtés de la couverture maladie publique afin de réduire la

participation directe des patients. L'assurance maladie privée intervient à des niveaux différents et pour des raisons variées dans les pays de l'UE. Elle vient généralement en supplément ou en complément de la couverture publique. Plus rarement, elle peut également remplacer pour certaines catégories de personnes la couverture publique, comme en Autriche et en Allemagne. C'était également le cas aux Pays-Bas avant qu'une réforme ne vienne en 2006 considérablement modifier la place occupée par l'assurance maladie privée dans le système de santé de ce pays. Hors Pays-Bas, la part moyenne des dépenses de santé financées par l'assurance maladie privée a progressé en Europe entre 2000 et 2006, passant de 4,4 % à 4,8 %^{xiv}. Cette moyenne, qui reste faible au regard de pays hors Europe comme les Etats-Unis, recouvre d'importantes disparités puisque cette part était en 2006 nulle ou quasi nulle en Lituanie, en République tchèque, en Slovaquie et en Suède mais proche de 13 % en France et en Slovénie.

LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE AUX PAYS-BAS EN 2006

Aux Pays-Bas, les risques considérés comme les plus lourds relèvent depuis 1968 d'une législation spécifique, sous la forme d'une couverture publique universelle (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, AWBZ). L'assurance des autres risques a connu une réforme majeure au début de l'année 2006. Avant 2006, ces autres risques étaient assurés par une couverture obligatoire et publique (*Ziekenfondswet*, ZFW) pour deux tiers environ de la population dont les revenus ne dépassaient pas un seuil fixé par la loi (33 000 € par an en 2005) et d'une assurance facultative privée pour les autres personnes. Du fait de cette assurance facultative privée, l'assurance maladie privée finançait une part élevée des dépenses de santé aux Pays-Bas en 2000 (près de 16 %). La réforme de 2006 introduit deux évolutions structurantes pour le système de santé néerlandais : la couverture de ces risques se fait sur fonds publics, pour assurer une couverture universelle, mais elle est fournie par des compagnies d'assurance privée, afin d'introduire des mécanismes de marché au sein du système^{xv}. L'assuré a le libre choix de sa compagnie d'assurance privée et un système complexe de « péréquation du risque » a été mis en place entre les assureurs maladie afin d'éviter la sélection des risques. La couverture de ces risques se faisant sur fonds publics, la part des dépenses de santé financées par l'assurance maladie privée a chuté aux Pays-Bas en 2006, pour s'établir à 5,7 %. Ceci ne signifie pas pour autant que l'influence du secteur privé sur le système de santé néerlandais soit plus faible après la réforme qu'avant, comme le montre le fait que ce soit des compagnies privées qui couvrent ces risques. Les premiers travaux traitant de l'évaluation de cette réforme démontrent que l'universalité de couverture de la population a atteint son objectif. En revanche, la concurrence entre compagnies d'assurance n'en serait encore qu'à ses prémices et semblerait plus orientée sur les prix que sur l'offre de soins proposée.

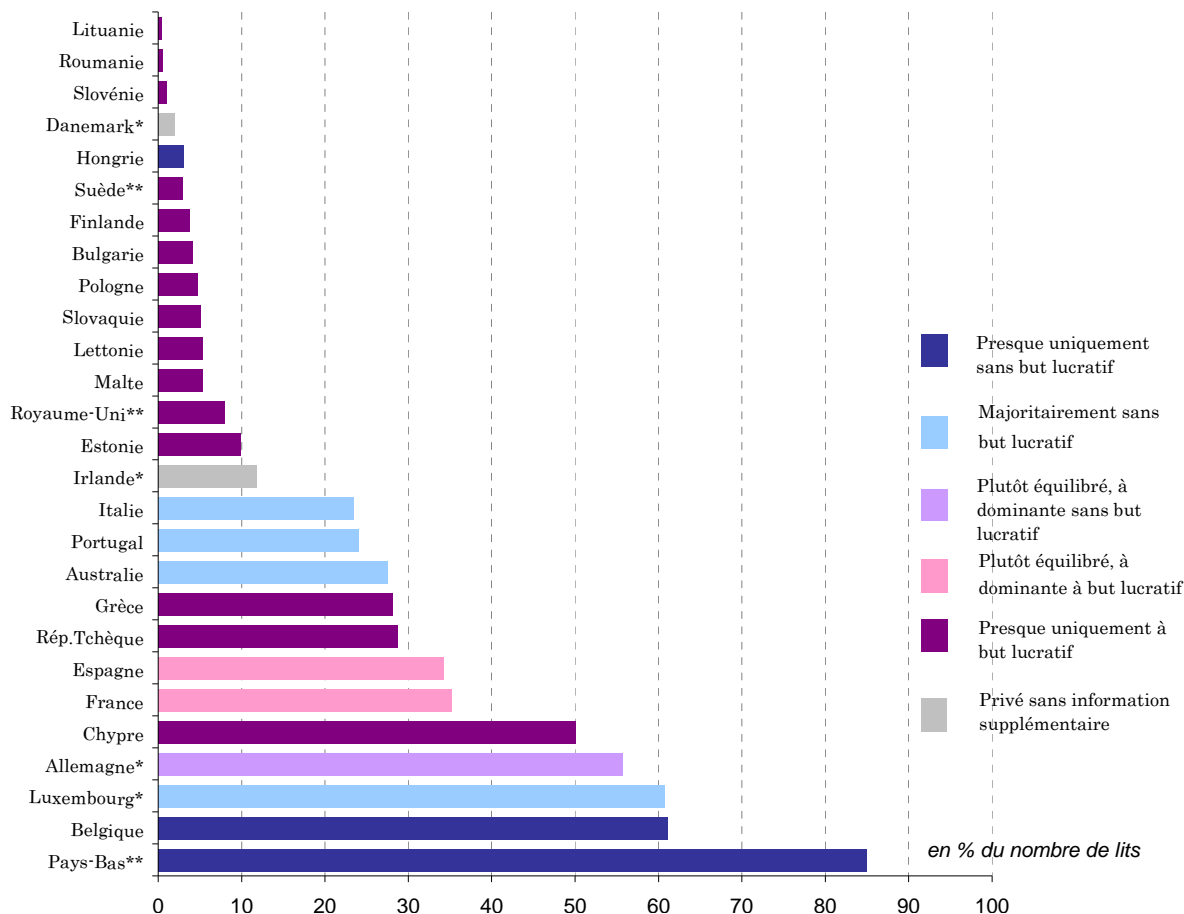
1.2 LA PROGRESSION DU SECTEUR HOSPITALIER PRIVE

En Europe, les hôpitaux sont très majoritairement de statut public. Le secteur privé représentait en 2006 moins de 20 % des lits hospitaliers mais son poids tend à progresser depuis quelques années. Sa place est très variable d'un pays à l'autre, elle est liée surtout à l'histoire nationale mais aussi, plus récemment, à la volonté ou non du gouvernement de libéraliser les services de santé. En 2006, plus de 85 % des lits hospitaliers étaient de statut privé aux Pays-Bas alors que le secteur hospitalier privé reste quasi inexistant en Lituanie, en Roumanie et en Slovénie. Sa place a progressé par rapport au

début des années 1990 dans 14 pays européens et elle est restée stable dans 11 autres^{xvi}.

Le secteur hospitalier privé peut englober, d'un pays à l'autre mais aussi au sein d'un même pays, des établissements aux statuts et missions très différents. L'Organisation Mondiale de la Santé définit le privé par opposition au public : les hôpitaux privés n'appartiennent ni à l'État, ni aux collectivités locales, ni à un organisme d'assurance sociale. Les établissements privés peuvent être à but lucratif (souvent désignés par le terme cliniques) ou sans but lucratif. Une prise en charge des soins prodigués dans les établissements privés peut ou non être proposée par le système public de couverture sociale.

Place du secteur hospitalier privé en nombre de lits en 2006 et répartition entre établissements sans but lucratif et à but lucratif



Source : OMS, 2009

* : données nationales ; ** : estimation

NB : la répartition entre secteurs privé à but lucratif et à but non lucratif provient de statistiques nationales

Malgré leur diversité à l'échelle européenne, les hôpitaux privés présentent quelques caractéristiques communes. Leur taille moyenne est sensiblement plus faible que celle des hôpitaux publics dans la majorité des pays, par exemple en Espagne, en Irlande, en Pologne ou au Portugal. En lien pour partie avec cette taille plus modeste, les établissements de santé privés sont généralement spécialisés sur un segment d'activité, tel la chirurgie en France ou les soins de réadaptation en Allemagne, alors que les hôpitaux publics proposent un spectre d'activités beaucoup plus large.

La moitié des pays où la place du secteur hospitalier privé a progressé depuis le début des années 1990 sont des pays d'Europe centrale et orientale. Dans ces pays, les hôpitaux étaient propriété de l'État avant la transition politique et économique des années 1990. La décentralisation des compétences sanitaires et la privatisation d'une partie du système de santé ont alors constitué deux axes forts de réformes. La création d'établissements privés a été autorisée, généralement au début des années 1990, mais la privatisation a d'abord concerné les fournisseurs de soins primaires et les pharmacies. L'offre privée de soins hospitaliers, exprimée en nombre de lits, a tout de même progressé dans la majorité de ces pays. Elle demeure cependant marginale par rapport à l'offre publique hormis en **République tchèque**, qui est sans doute le pays européen où le secteur hospitalier privé se développe le plus rapidement actuellement. Il détenait près de 30 % des lits en 2006 alors qu'il était absent avant 1990. Cette progression a notamment été obtenue par la privatisation volontaire d'infrastructures hospitalières étatiques, permises par la loi réformant l'administration territoriale du 1^{er} janvier 2003. En 2008, le ministère de la Santé, propriétaire des centres hospitaliers universitaires, envisageait de recourir à la transformation de ceux-ci en société anonyme, afin d'essayer de stabiliser leur situation financière.

La place occupée par les hôpitaux privés croît également depuis les années 1990 en **Allemagne**, où ils représentaient 55 % des lits en 2006. Cette expansion est liée au retrait volontaire du secteur public qui, ne disposant plus des fonds nécessaires pour gérer et

investir dans ses infrastructures hospitalières, en partie déficitaires, les vend, notamment aux grandes chaînes de cliniques allemandes.

Les **Pays-Bas** et la **Belgique** sont les deux pays européens où le secteur hospitalier privé occupe la place la plus importante, avec respectivement 85 % et 60 % des lits hospitaliers. Ces pourcentages sont très proches de ceux observés en 1990 étant donné que l'importance du secteur hospitalier privé trouve ses origines à l'époque médiévale lorsque les congrégations religieuses fondèrent leurs premiers hôpitaux. Les établissements de santé privés sont ainsi presque exclusivement sans but lucratif dans ces deux pays.

La forte présence du secteur privé à but lucratif dans la fourniture de soins hospitaliers distingue l'Espagne, la France et la Grèce des autres pays européens. Cette présence est historique et n'a pas connu d'essor particulier depuis le début des années 1990, la **Grèce** enregistrant même une diminution de la place de l'offre privée en comparaison des années 1980. Dans ce pays, près de 30 % des lits appartenaient à des établissements de santé privés en 2006. Ce pourcentage a été sensiblement plus élevé jusqu'au début des années 1980 puisque le secteur privé détenait alors plus de lits que le secteur public. Au cours des décennies 1960 et 1970, des entreprises ont créé une assurance privée pour leurs salariés et ont conclu des contrats avec des prestataires de santé, notamment de statut privé, ce qui a favorisé l'essor du secteur hospitalier privé. Le début des années 1980 a été marqué par une rupture en Grèce en terme politique, avec la mise en place d'une politique d'inspiration socialiste, qui a notamment concerné le domaine sanitaire. Un service national de santé a été créé en 1983 et l'offre publique de soins hospitaliers s'est développée : la création de nouveaux établissements de santé privés a été interdite et nombre de cliniques ont été fermées ou reprises par des hôpitaux publics. Ainsi, le poids du secteur privé en nombre de lits a spectaculairement chuté en moins de cinq ans, passant de 54 % en 1982 à 32 % en 1986. Cette interdiction a été levée en 1992 mais l'offre privée est restée relativement stable depuis lors.

VI) L'INFLUENCE CROISSANTE DE L'UNION EUROPEENNE

L'Union européenne a des compétences directes très limitées dans le domaine des soins de santé et n'a pu développer une politique de santé publique que dans un cadre relativement contraint. Selon le principe de subsidiarité, l'organisation et le financement de la santé reste une compétence des Etats membres. Toutefois, l'Union européenne a développé d'autres politiques qui ont influencé les hôpitaux et les services de santé. Un phénomène d'intégration s'ajoute à ces interventions sous la forme d'activités de coopération développées aussi bien dans le cadre de programmes européens qu'en dehors d'eux.

6.1 UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE EUROPEENNE

La compétence européenne dans le domaine de la santé publique est réellement apparue en 1992 avec le traité de Maastricht et a été renforcée en 1997 avec le traité d'Amsterdam. Pour mettre en place cette nouvelle politique, des outils spécifiques ont été créés : des crédits de santé publique pour développer des projets et une Direction Générale de la santé et des consommateurs (DG SANCO). Ces financements ont été révisés et améliorés au cours des ans. Le second programme d'action communautaire dans le secteur de la santé est actuellement en cours pour la période 2008-2013. Il a trois objectifs principaux : améliorer la sécurité des citoyens ; promouvoir la santé, y compris en réduisant les inégalités ; générer et disséminer l'information de santé et la connaissance. Toutefois, l'enveloppe financière allouée à ces programmes (321,5 million d'euros pour le second programme) limite leurs ambitions.

Pour compléter le travail de la DG SANCO, plusieurs agences ont été créées. Le centre européen pour le contrôle et la prévention des maladies a, par exemple, été créé en 2005 avec pour mission de coordonner les laboratoires des Etats membres afin d'améliorer la capacité de l'Union européenne à faire face aux maladies transmissibles et au bioterrorisme. Son objectif est de jouer un rôle dans la prévention de menaces sérieuses sur la santé telles que la grippe et le SIDA, ou encore des affections associées aux services de santé. Bien que limitée, la base légale donnée par le traité dans le domaine de la santé publique a permis

l'adoption de plusieurs mesures contraignantes. La première Directive adoptée sur ces fondements a concerné les produits sanguins, avec l'introduction de systèmes d'assurance qualité dans les laboratoires, les hôpitaux et autres établissements collectant et distribuant du sang et des composants sanguins. Elle a été suivie par une directive sur les tissus et cellules humaines et une discussion est en cours concernant le don et la transplantation d'organes.

Selon le traité, toutes les actions communautaires doivent contribuer à un haut niveau de protection de la santé. Il y a donc besoin de coordonner les actions qui concernent plusieurs politiques européennes. Les questions de santé sont bien entendu liées à d'autres sujets, tels que l'économie ou l'environnement. L'intégration de la santé dans les principales politiques européennes pour le développement économique et la productivité est un exemple, caractérisé par la mise en avant de l'indicateur « durée de vie en bonne santé ». De la même manière, une stratégie intitulée SCALE (Science, Enfance, Prise de conscience, Législation, Evaluation) a été adoptée en 2003 pour réduire l'impact des facteurs environnementaux sur la santé humaine, spécialement celle des enfants qui sont les plus exposés à la pollution. De plus, l'introduction de la Méthode Ouverte de Coordination (MOC) dans le secteur de la santé fournit aux Etats membres un instrument qui devrait les aider à se rapprocher des objectifs définis au niveau européen et échanger des bonnes pratiques.

6.2 L'INFLUENCE DU MARCHÉ INTERIEUR

Mais l'Union européenne est avant tout économique, fondée sur les principes de libre circulation des biens, services, personnes et capital, aussi bien que sur les règles de concurrence. Ces principes et ces règles s'appliquent d'une façon ou d'une autre à tous les secteurs d'activité, y compris au secteur hospitalier. Même s'ils n'en mesurent pas nécessairement l'impact quotidien, les hôpitaux vivent dans un environnement gouverné dans une large mesure par la législation communautaire. En tant qu'acheteurs de biens et services, les hôpitaux

et les services de santé ont été affectés par la disparition des barrières à la libre circulation pour toutes sortes de biens et services. Dans ce cadre, une attention particulière a été portée aux médicaments et aux dispositifs médicaux, conduisant à une législation spécifique dans ce domaine. La Cour européenne de justice a également confirmé que les soins médicaux et les soins hospitaliers étaient eux-mêmes des services et en tant que tel étaient soumis aux principes de libre circulation. Ce principe de libre circulation qui concernait d'abord les travailleurs couvre aujourd'hui les autres personnes. Pour les professionnels de santé, les Directives européennes ont harmonisé les conditions minimales de formation et permettent la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles. Elles introduisent certaines spécificités pour les professionnels de santé (médecins, infirmières, sage-femme, dentistes et pharmaciens). Plus généralement, d'autres mesures ont été adoptées dans le domaine social pour éviter le dumping social, avec en particulier la coordination de la protection sociale. Tout ceci a eu un impact sur l'hôpital et sa force de travail. En même temps, les règles européennes de concurrence ont de façon croissante interféré avec le secteur de santé, et comme la majeure partie des financements hospitaliers et sanitaires sont publics, de nombreuses questions sont posées concernant leur place vis-à-vis de la législation communautaire sur les aides d'Etat

6.3 LA MULTIPLICATION DES ACTIONS DE COOPERATION

Le développement des activités de coopération entre les prestataires de soins des différents pays de l'Union européenne a également facilité l'intégration européenne. Cela prend la forme de coopérations entre les hôpitaux et les services de santé des régions frontalières ou au-delà, directement financés ou non par les fonds européens. La coopération institutionnelle, développée en particulier par la Fédération Européenne des Hôpitaux (HOPE) a

également accru les échanges. Dans certains cas, ces actions ont été le point de départ d'accords entre les prestataires, les financeurs et les autorités nationales et locales des deux côtés de la frontière. Le projet EUREGIO cofinancé par la Commission européenne, lancé en juin 2004 pour faire un inventaire de la coopération aux frontières, a identifié plus de 300 collaborations, concernant principalement des projets de formations, la mise en commun d'équipements et la prévention de menaces sur la santé.

Les activités de coopération ne sont pas limitées aux régions frontalières. Par divers mécanismes financiers, les hôpitaux et les services de santé ont travaillé ensemble avec succès. Les programmes européens ont considérablement facilité les collaborations ; quelques exemples parmi des milliers, peuvent l'illustrer. Avec le soutien du Programme cadre de recherche et de développement, de nombreuses activités de recherche ont été expérimentées dans divers sujets médicaux aussi bien qu'organisationnels. *HESCULAEP* (Programme régional et national dans le domaine des urgences médicales visant à améliorer la coordination dans les soins de pré-hospitalisation) a par exemple contribué à mettre en réseau les programmes de recherche dans le domaine de l'urgence médicale. *MARQUIS* (Méthode d'évaluation de la réponse aux stratégies d'amélioration de la qualité) a évalué les différentes stratégies d'amélioration de la qualité. Dans le domaine de la formation continue, le programme *Leonardo da Vinci* a permis le développement d'actions telles qu'*Europhamili*, un programme de formation professionnelle transnational de trois mois à destination des gestionnaires de santé. Parmi d'autres projets, le programme de santé publique finance *Orphanet*, un portail d'information sur les maladies rares et les médicaments orphelins, dont l'objectif est de contribuer à améliorer le diagnostic, la gestion et le traitement des maladies rares.

NOTES

ⁱ Les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui permettent de calculer le poids des dépenses hospitalières dans le PIB sont uniquement disponibles pour la période 1998-2005.

ⁱⁱ Ces moyennes ainsi que toutes celles calculées dans la suite de cette analyse sont pondérées en fonction de la population de chaque pays.

ⁱⁱⁱ L'Autriche complète la liste de ces 5 pays.

^{iv} Voir notamment Aghion P., Howitt P. et Murtin F., *Is health growth-enhancing*, Mimeo, 2008.

^v Entreprise sanitaire locale.

^{vi} Entreprise hospitalière.

^{vii} S. Häkansson, « Productivity changes after introduction of prospective hospital payments in Sweden » in *Casemix*, vol. 2, n°2, juin 2000. pp. 47 – 57.

^{viii} Il est important de souligner que le recours au PPP s'est le plus souvent limité à la construction, maintenance et entretien des bâtiments hospitaliers, la gestion des services de soins restant du ressort de la personne publique qui en a la charge. Toutefois, en Espagne, quelques PPP incluent la fourniture des services médicaux.

^{ix} WHO, *Health in times of global economic crisis : implications for the WHO European region*, 2009.

^x WHO, *Health in transition, Estonia*, 2008.

^{xi} Au début des années 1990, à la suite du démantèlement de l'Union soviétique qui représentait un cinquième des exportations finlandaises, le pays a connu une crise économique d'une ampleur exceptionnelle.

^{xii} On observe en effet parallèlement à la diminution du nombre de lits une augmentation du nombre de médecins de ville.

^{xiii} Chambaretaud S. et Hartmann L., « Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe » in *Pratiques et organisation des soins*, volume 40, n°1, janvier-mars 2009.

^{xiv} Cette moyenne est calculée sur les 26 autres États membres de l'Union européenne. Si l'on réintègre les Pays-Bas au calcul de cette moyenne, le financement des dépenses de santé par l'assurance maladie privée passe de 4,8 % en 2000 à 4,7 % en 2006.

^{xv} En 1987, la Commission Dekker-Simons poursuivait déjà cet objectif d'introduire des mécanismes de marché au sein du système d'assurance maladie aux Pays-Bas.

^{xvi} Pour l'Irlande et la Suède, on ne dispose pas de statistiques relatives à la place du secteur hospitalier privé pour le début des années 1990.