

LES HÔPITAUX

dans les 27 pays de l'Union européenne

Synthèse de l'ouvrage

Les systèmes de santé des pays de l'Union européenne sont aujourd'hui confrontés à des défis similaires. L'impératif démographique s'impose à eux et la prise en charge du vieillissement constitue l'une des préoccupations majeures des décideurs hospitaliers. On sait également que l'exigence citoyenne quant à l'offre de soins a augmenté partout (en termes de qualité, mais aussi d'accessibilité ou de réactivité). Enfin, les progrès techniques et médicaux, qui contribuent à l'élévation constante du niveau sanitaire, occasionnent aussi des dépenses supplémentaires. Ainsi, on ne s'étonnera pas que le poids des dépenses de santé s'alourdisse au fil des ans : elles approchent aujourd'hui les 10 % du PIB européen. Or, les finances publiques, qui supportent l'essentiel des dépenses de santé, sont partout contraintes. Les pouvoirs publics de nombreux pays européens ont donc récemment engagé des réformes de leur système de santé, parfois en profondeur.

Si les réponses ne sont pas identiques (le poids des cultures et des histoires nationales est particulièrement fort en matière de santé), on décèlera rapidement des traits communs. En premier lieu, on constate que les réformes hospitalières visent à responsabiliser les différents acteurs, l'introduction d'un financement reposant sur une tarification à l'activité en témoigne.

Autre élément de convergence, la recherche du meilleur compromis entre un haut niveau de technicité, qui appelle sans doute une concentration de moyens, et une facilité d'accès aux soins constamment réclamée par les citoyens. Là encore, les solutions peuvent varier localement, car il existe autant de cartes hospitalières que de pays. Il semble toutefois que ce débat s'engage de plus en plus au niveau local, avec une tendance très nette à la territorialisation des politiques de santé.

Enfin, s'il est sans doute trop tôt pour parler d'une "Europe de la santé", la construction européenne semble accélérer les convergences. C'est particulièrement net pour les nouveaux entrants. Ils connaissent une véritable "transition hospitalière" : la remontée des indicateurs sanitaires s'accompagne d'une restructuration de l'offre de soins dans laquelle l'hôpital devrait occuper une place moins hégémonique. L'émergence récente de coopérations transfrontalières contribue également au rapprochement des offres de soin au niveau européen.

**Extrait de la préface de Gérard Bayol,
Administrateur-directeur général de Dexia Crédit Local,
Les Hôpitaux dans les 27 pays de l'Union européenne,**

Ouvrage réalisé en partenariat avec Hope, la Fédération européenne des hôpitaux et services de santé
parution juillet 2008



DES ENJEUX SANITAIRES ET ÉCONOMIQUES SIMILAIRES DANS LES PAYS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE

Malgré les disparités existant entre les niveaux sanitaires des États membres de l'Union européenne, les évolutions de la morbidité et de la démographie conditionnent une convergence des enjeux sanitaires.

Le vieillissement de la population

Le niveau sanitaire d'un pays est habituellement appréhendé au moyen de l'espérance de vie. Si l'on s'en tient à cet indicateur, on constate qu'au sein de l'Union européenne près d'une décennie sépare les pays où l'on vit le plus longtemps (Espagne, Italie, Suède, autour de 80 ans) et celui où l'on vit le moins longtemps (Lettonie, 71 ans)¹. Cet écart est plus élevé pour les hommes que pour les femmes, 12 ans contre 8 ans. L'espérance de vie moyenne à la naissance pour un homme varie entre 66 ans en Lituanie et en Lettonie et 78 ans en Suède. Celle pour une femme s'étend de 76 ans en Roumanie à 84 ans en Espagne. Pour les pays européens enregistrant les espérances de vie les plus élevées, le nouveau défi sanitaire n'est plus tant de chercher à prolonger l'espérance de vie totale que d'accroître la durée de vie en bonne santé. En effet, ce sont les dernières années de vie qui entraînent les dépenses de santé les plus lourdes. L'indicateur "années de vie en bonne santé" (AVBS)², qui mesure le nombre d'années qu'une personne à la naissance peut s'attendre à vivre en bonne santé, montre des écarts importants entre les pays européens. En 2002, cet écart est de 10 ans entre la Lettonie (63 ans) et la Suède (73 ans). Les années de vie en mauvaise santé sont comprises entre un peu moins de 7 années en Allemagne et en Suède et près de 10 ans à Chypre.

La diminution du taux de fertilité et l'allongement de l'espérance de vie entraînent un vieillissement de la population. Outre le supplément de dépenses de soins qu'il génère, ce changement de structure démographique dégrade le rapport du nombre de personnes âgées sur celui des personnes dites "économiquement actives"³, menaçant alors la viabilité des systèmes de santé et de retraites, fondés sur la solidarité intergénérationnelle.

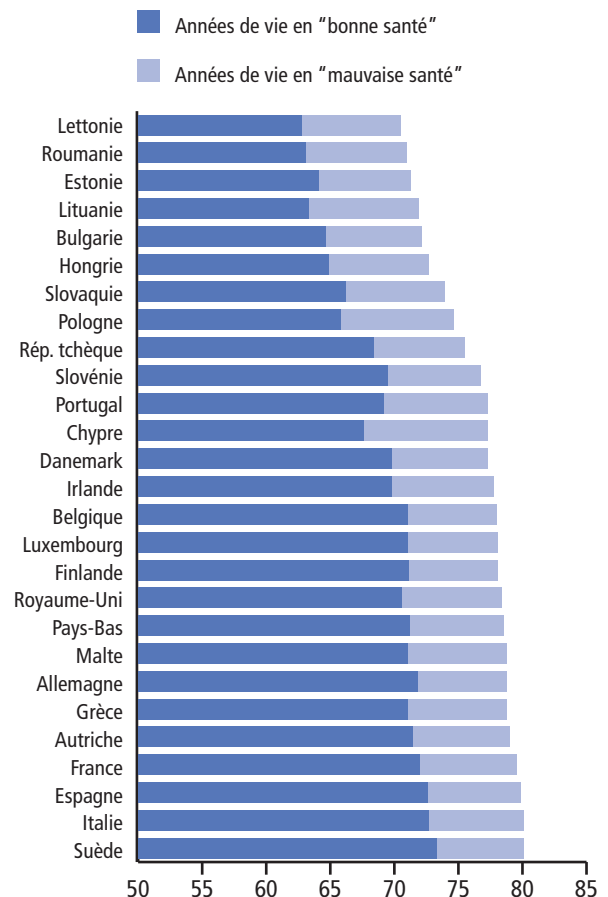
L'évolution des pathologies

En termes de morbidité, les maladies non-transmissibles, telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète ou les maladies pulmonaires chroniques, sont, dans l'Union européenne, une cause de mortalité plus répandue que les maladies transmissibles. Ces dernières continuent cependant de représenter un risque important au sein de l'Union européenne, notamment en raison de la persistance de certaines pathologies dans les nouveaux pays entrants, telles que la tuberculose, et de l'expansion de nouvelles maladies transmissibles, telles que le VIH/SIDA ou le SRAS⁴.

Contribution de la santé à la croissance économique

Dans les pays de l'Union européenne (UE), le secteur de la santé participe à la croissance économique essentiellement par le biais de l'amélioration "du capital humain". En effet, dans les économies où la part des services représente plus de 70% du PIB, la principale valeur ajoutée repose sur la compétence des individus. Cette compétence est composée du savoir, de la formation mais aussi de la santé de l'individu, lui permettant d'utiliser au mieux ses capacités dans la durée. Par ailleurs, les dépenses de santé ont un fort contenu en emplois et innovations. Par exemple, en France, le secteur sanitaire et médico-social emploie environ deux millions de personnes, soit autour de 8 % de la population active occupée⁵.

Espérance de vie des pays membres de l'Union européenne en 2002



Source : OMS, base de données pour la région Europe, 2007.

¹ Source : Organisation mondiale de la santé (OMS) - L'OMS est également la source de données essentielle de l'ensemble de cette étude.

² L'indicateur "années de vie en bonne santé" est également appelé "espérance de vie sans incapacité" (EVSI).

³ C'est-à-dire, en âge de travailler (de 15 à 64 ans).

⁴ Syndrome respiratoire aigu sévère.

⁵ Michel Grignon et Philippe Ulmann, Les dépenses de santé dans l'économie des pays de l'OCDE et la situation des dépenses hospitalières dans ce panorama, Dexia, 2006.



UNE VARIÉTÉ DE SYSTÈMES DE SANTÉ AUX ÉVOLUTIONS SOUVENT CONVERGENTES

Les dépenses de santé : tendance générale à la hausse

En moyenne, les vingt-sept États membres de l'UE consacrent 8,7 % de leur richesse nationale aux dépenses de soins, mais d'un pays à l'autre cette part varie du simple au double, entre 5,5 % du Produit Intérieur Brut (PIB) en Estonie et 10,9 % du PIB en Allemagne. Tous les pays nouveaux entrants, à l'exception de Malte, se situent en deçà de cette moyenne, et pour sept d'entre eux en deçà de 7 %. Mais dans l'ensemble, on observe depuis le milieu des années 1990, un rattrapage des pays du bas de liste vers les pays qui consacrent la part la plus importante de leur richesse nationale à leurs dépenses de santé. Ainsi, si le poids des dépenses de santé dans le PIB a progressé entre 1990 et 2004 dans tous les pays de l'UE (hormis la Finlande), passant en moyenne de 6,9 % à 8,7 % du PIB, les croissances les plus remarquables concernent le Portugal (de 6,2 % à 10 %), la Lettonie (de 2,5 % à 6,3 %), la Roumanie (de 2,8 % à 5,7 %) et la Lituanie (de 3,3 % à 6 %).

Un financement essentiellement public

Dans les vingt-sept États membres de l'Union européenne, le financement des systèmes de santé repose essentiellement sur des fonds publics. Pour deux tiers des pays, la part des dépenses de santé financées par des ressources publiques est

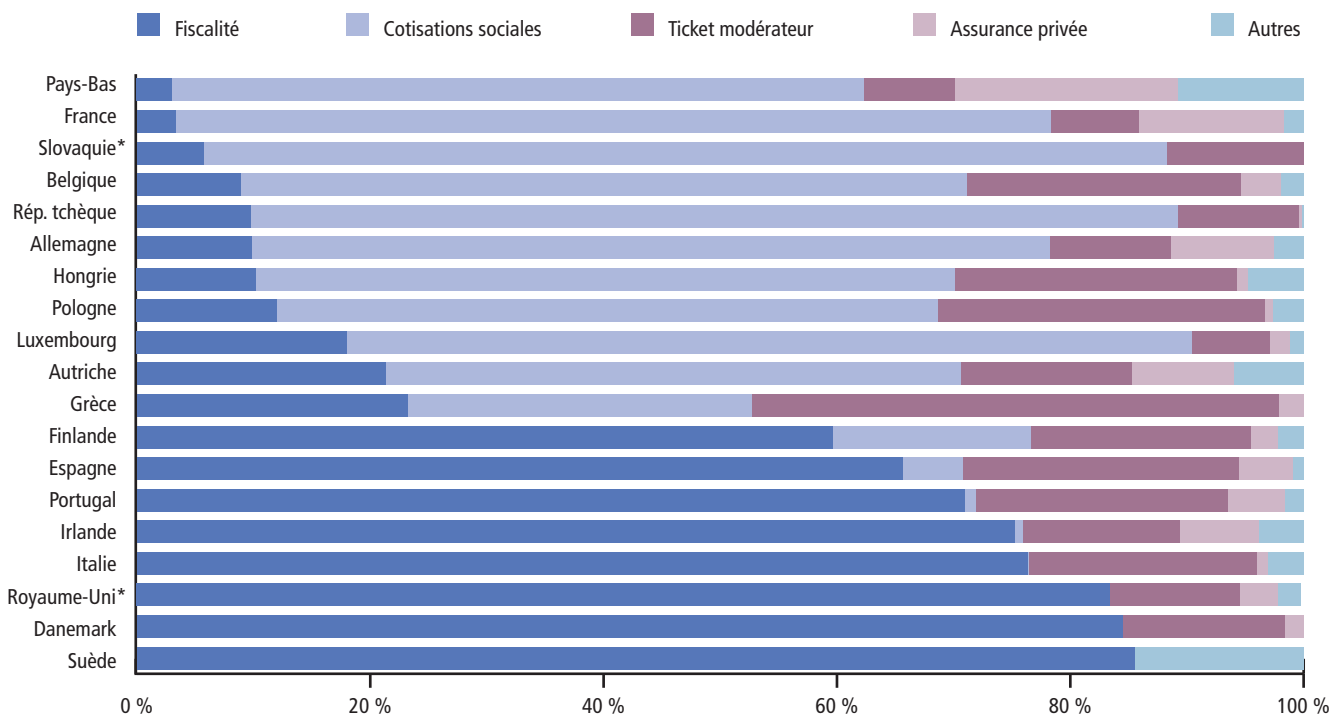
supérieure à 70 % en 2004. Les fonds publics finançant les systèmes de santé sont alimentés, selon la logique qui a prévalu à leur création, soit par la fiscalité soit par les cotisations sociales reposant sur le travail.

Onze pays de l'Union européenne financent principalement leur politique de santé par la fiscalité (Chypre, Danemark, Espagne, Finlande, Irlande, Italie, Lettonie, Malte, Portugal, Royaume-Uni, Suède). On parle alors de système d'inspiration Beveridgienne, qui s'appuie sur un service national de santé (SNS). L'impôt peut être direct ou indirect, prélevé au niveau national ou au niveau local. L'universalité de la couverture sociale, un des principes de ce système, n'est cependant pas assurée dans tous ces pays (Irlande et Chypre).

Treize autres pays financent principalement leurs dépenses de santé par les cotisations sociales (Allemagne, Belgique, Estonie, France, Hongrie, Lituanie, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie). Ce système, d'inspiration Bismarckienne, repose sur des caisses d'assurance maladie. L'affiliation au régime d'assurance maladie de base est obligatoire dans la plupart des pays mais peut parfois laisser place au choix pour le patient entre plusieurs caisses d'assurance maladie publiques voire privées (Allemagne, Belgique, République tchèque, Pays-Bas).

Trois pays ont un financement à forte mixité (Autriche, Bulgarie et Grèce).

Le financement de la santé dans quelques pays de l'Union européenne - 2004⁶



Source : OCDE Eco-santé, 2007 - * : données 2003.

⁶ Les données de ce graphique provenant des bases de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), tous les pays européens ne peuvent être représentés. Toutefois, d'autres sources, telles que les différents rapports réalisés par le bureau européen de l'OMS, ont permis de dresser la classification de l'ensemble des pays.

Ces dernières années, on assiste à une diversification des sources de financement des soins. En particulier, la part de la fiscalité tend à progresser dans les systèmes d'inspiration bismarckienne. Ce recours à la fiscalité tient aux difficultés rencontrées récemment sur le marché du travail européen (chômage, vieillissement de la population), ce qui se répercute directement sur le niveau des recettes issues des cotisations sociales. Il tient aussi à une volonté partagée par de nombreux pays d'étendre la couverture maladie au-delà des salariés (en France et aux Pays-Bas par exemple).

Un recours accru au financement privé

Afin de faire face à la croissance des dépenses de santé et à la raréfaction des financements publics, de nombreux pays européens ont choisi de recourir à des fonds privés. La participation directe des patients est ainsi de plus en plus sollicitée dans la plupart des pays européens. Des dispositifs de franchises ont par exemple été introduits depuis le début des années 2000 en Allemagne, en France, en Slovaquie ou en Hongrie. Parallèlement, des assurances maladie privées peuvent venir se positionner aux côtés du système de couverture publique, selon quatre modalités différentes :

- assurer pour certaines personnes une couverture primaire et donc remplacer la couverture offerte par le système public (Autriche, Allemagne ou encore Pays-Bas) ;
- compléter la couverture primaire lorsque le système public laisse une contribution à la charge du patient, comme en France ;
- venir en supplément de la couverture publique, en finançant des services non pris en charge par le système public (Danemark, Italie ou encore Pays-Bas) ;
- offrir une alternative au système public (Royaume-Uni, Irlande).

Cependant, dans tous les pays européens sauf aux Pays-Bas et en France, la place des assurances maladie privées reste marginale, elles financent en 2004 moins de 10 % des dépenses de santé. Cette part s'élève à 12 % en France et à près de 20 % aux Pays-Bas.

Même si aucune des quatre modalités ne paraît être privilégiée aujourd'hui à l'échelon européen, l'OCDE estime que les assurances maladie privées devraient sans doute à l'avenir jouer un rôle plus affirmé dans le financement des systèmes de santé et pénétrer les pays où elles ne se sont pas encore développées.

Une dynamique de décentralisation de la compétence sanitaire

La territorialisation des compétences sanitaires est devenue à partir des années 1970 un des axes majeurs des réformes des 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 souvent d'une décentralisation, à savoir un transfert de compétences de l'État à des entités politiques locales (gouvernements locaux).

Pays à organisation sanitaire décentralisée

- les pays scandinaves (Danemark, Finlande, Suède), traditionnellement très décentralisés ;
- les pays fédéraux (Allemagne, Autriche et Belgique), où 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 ;
- l'Espagne et l'Italie qui ont plus récemment et progressivement régionalisé leurs systèmes de santé et hospitalier ;
- certains pays de l'Europe centrale et orientale, où des processus de décentralisation ont été mis en place dès le début des années 1990, accordant une plus grande autonomie aux hôpitaux. Certaines réformes, en raison sans doute d'un manque de moyens et de préparation, n'ont pas abouti, d'autres sont plus avancées, comme en Hongrie, en Lettonie, en Lituanie, en Pologne, en République tchèque ou en Slovaquie ;
- 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 aux Pays de Galles, et une déconcentration plus limitée, en Écosse et en Irlande du Nord.

Pays à organisation sanitaire déconcentrée

En Bulgarie, France, Grèce ou au Portugal, ont été créées des agences supervisées par l'État pour gérer à un niveau infra-national le système de santé.

Pays à organisation sanitaire centralisée

Les pays européens les plus petits n'ont pas ressenti le besoin de territorialiser leur offre de soins (Luxembourg, Malte et Chypre notamment). La Slovaquie, la Roumanie et l'Estonie sont les seuls pays de l'Europe centrale et orientale à n'avoir pas initié de politique de décentralisation des systèmes de santé. Ainsi, seuls huit des vingt-sept États membres de l'Union européenne ont encore aujourd'hui un système de santé centralisé.

Il convient de souligner que certains pays ont été amenés à revoir les modalités de ce processus de territorialisation. Au Danemark en 2007, les compétences sanitaires des comtés ont été transférées au niveau supérieur des cinq "régions de santé" nouvellement créées. En Irlande, la réforme de janvier 2005 a reconcentré l'organisation du système de santé, créant le *Health Service Executive (HSE)* en remplacement des huit *health boards* existant jusqu'alors.

Ce processus de territorialisation des compétences sanitaires ne s'est pas opposé à la permanence d'une régulation centrale du système de santé considérée comme nécessaire par tous les pays de l'Union européenne. Dans chacun des États, les systèmes de santé restent en effet sous le contrôle d'une institution centrale.

L'organisation territoriale des systèmes de santé européens en 2004





LE SECTEUR HOSPITALIER EN EUROPE : UNE PLACE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ QUI DEMEURE FONDAMENTALE

En 2004, l'Union européenne compte près de 15 000 hôpitaux pratiquant des soins aigus (médecine, chirurgie, obstétrique) ou une autre activité (psychiatrie, moyen ou long séjour). Compte tenu de leur population, l'Allemagne et la France sont les deux pays européens qui comptent le plus grand nombre d'hôpitaux, respectivement près de 3 500 et 3 000. À l'inverse, sept pays européens, parmi les plus petits, en dénombrent moins de 100 (Chypre, Danemark, Estonie, Luxembourg, Malte, Slovaquie et Suède). En termes de densité d'hôpitaux, les écarts sont moins importants mais demeurent relativement marqués. Le Danemark, les Pays-Bas et la Suède enregistrent la plus faible densité, proche d'un hôpital pour 100 000 habitants. La Finlande et Chypre affichent les densités d'hôpitaux les plus fortes, en raison d'une taille moyenne de leurs établissements de santé beaucoup plus faible que dans les autres pays européens.

Nombre et densité d'hôpitaux et de lits au sein de l'Union européenne en 2004

	nombre d'hôpitaux	nombre d'hôpitaux pour 100 000 habitants	nombre de lits d'hôpitaux	nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants
Allemagne	3 460	4,2	707 800	8,6
Autriche	270	3,2	63 200	7,7
Belgique	210	2,1	55 600	5,3
Bulgarie	260	3,9	45 500	6,1
Chypre	95	12,9	3 100	4,2
Danemark	70	1,2	20 600	3,8
Espagne	740	1,7	144 900	3,5
Estonie	50	3,8	7 800	5,8
Finlande	370	7,1	36 100	6,9
France	2 890	4,8	450 700	7,5
Grèce	320	2,9	51 900	4,7
Hongrie	180	1,8	79 100	7,8
Irlande	180	4,4	23 100	5,7
Italie	1 295	2,2	231 900	4,0
Lettonie	120	5,2	17 900	7,7
Lituanie	180	5,3	29 000	8,4
Luxembourg	15	3,3	2 900	6,3
Malte	10	2,5	1 900	4,6
Pays-Bas	200	1,2	80 800	4,9
Pologne	845	2,2	204 200	5,3
Portugal	210	2,0	39 300	3,7
Rép. tchèque	360	3,6	86 500	8,5
Roumanie	415	1,9	142 000	6,6
Royaume-Uni⁷	n.c.	n.c.	233 200	3,9
Slovaquie	145	2,7	37 700	7,0
Slovénie	30	1,5	9 600	4,8
Suède	80	0,9	n.c.	n.c.

Source : OMS, base de données pour la région Europe, 2007 (exception faite de données nationales pour l'Autriche, la Bulgarie et le Luxembourg).

⁷ Depuis l'introduction d'un modèle de quasi-marché et la création de trusts en 1991, le ministère de la Santé a arrêté d'enregistrer le nombre d'hôpitaux au Royaume-Uni.

⁸ McKee Martin, Healy Judith, Hospitals in a changing Europe, European observatory on healthcare systems series, 2002.

Une grande diversité des organisations hospitalières

Dans les pays européens, l'organisation de l'offre hospitalière repose sur un classement des hôpitaux pratiquant les soins aigus en trois niveaux de compétences⁸ :

- les hôpitaux de proximité - généralement qualifiés d'hôpitaux locaux ou "communautaires" - sont de petits établissements capables de fournir des diagnostics de base, de la petite chirurgie et des soins infirmiers. Dans de nombreux pays, malgré de fortes résistances locales, la tendance est à la fermeture de ces établissements ou à leur reconversion en établissements de moyen séjour ou de longue durée ;
- les établissements de soins secondaires - souvent qualifiés d'hôpitaux généraux - dispensent des traitements plus complexes ne pouvant être assumés ni par les hôpitaux locaux, ni par les prestataires de soins primaires, ni par les spécialistes en médecine de ville ;
- les établissements de soins tertiaires ont une envergure régionale ou nationale et participent souvent à la formation initiale des professions médicales. Ils possèdent des équipements coûteux et reçoivent généralement des patients adressés par les établissements du niveau inférieur.

Ces hôpitaux peuvent être généralistes ou spécialisés sur certains soins aigus (cancérologie, cardiologie, pédiatrie, maternité, chirurgie orthopédique...) et pratiquer des activités de soins psychiatriques, de moyen et long séjour. C'est l'organisation hospitalière que l'on rencontre au Royaume-Uni, en Suède, en France et dans bon nombre de pays d'Europe centrale et orientale. Une graduation de l'offre de soins autour de deux niveaux d'hôpitaux, au lieu de trois, est retenue dans un nombre plus restreint de pays (Autriche, Danemark, Espagne, Hongrie, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas ou Portugal).

L'offre de soins hospitaliers peut être analysée à partir de différents indicateurs. Ceux pour lesquels une comparaison européenne apparaît la plus pertinente, avec certaines précautions prises du fait d'outils de mesure pas toujours homogènes, sont notamment les suivants : le poids des dépenses hospitalières dans les dépenses de santé, le nombre d'hôpitaux, le nombre de lits hospitaliers et le personnel hospitalier.

Diminution du poids du secteur hospitalier dans les dépenses de santé

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 est comprise entre 26 % en Espagne et 60 % en Lettonie en 2004. Ces données doivent cependant être analysées avec prudence car le périmètre des dépenses hospitalières varie d'un pays à l'autre⁹. Au-delà de cette divergence de champ, il ressort que le poids financier du secteur hospitalier dans le système de santé est en diminution dans tous les pays depuis une vingtaine d'années. Cette baisse 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.

Restructuration de l'offre de soins hospitaliers : baisse de la densité de lits en soins aigus

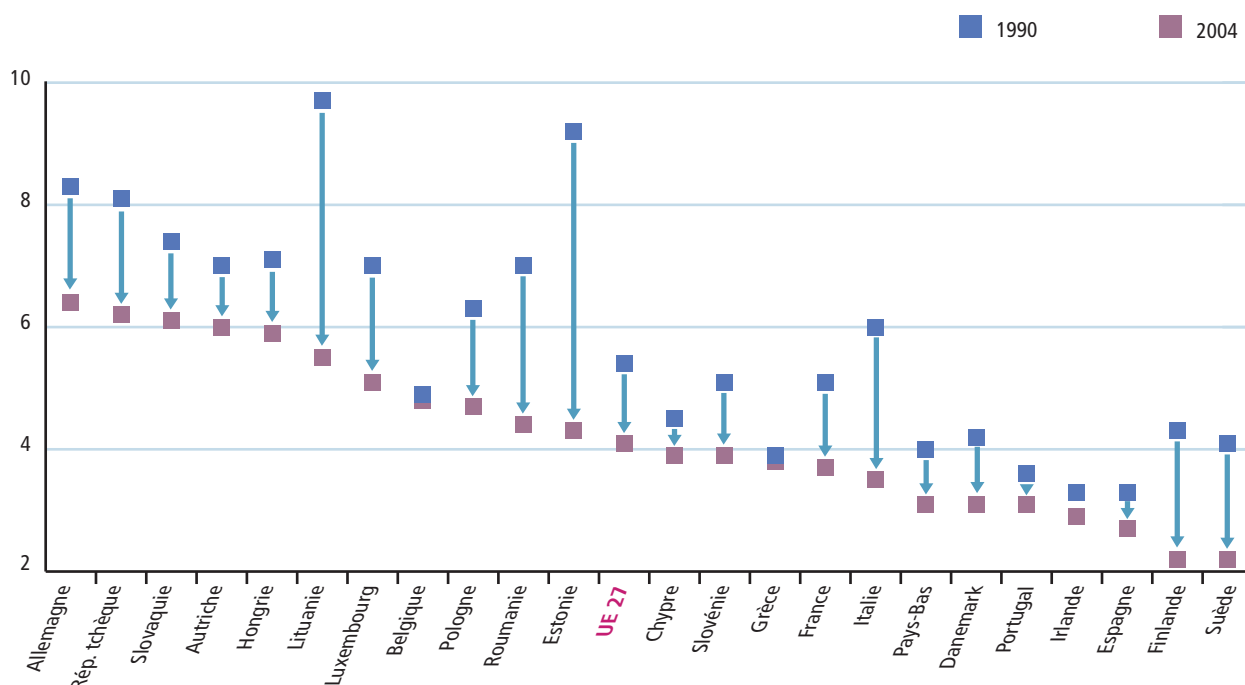
En 2004, les États membres de l'Union européenne comptent en moyenne 4,1 lits de soins aigus¹⁰ pour 1 000 habitants. L'Allemagne est le pays européen qui dispose de la densité de lits en soins aigus la plus élevée (6,4 lits pour 1 000 habitants). Cette forte densité peut s'expliquer d'une part par la loi sur le financement des hôpitaux de 1972 qui a favorisé la construction d'un grand nombre d'établissements et l'ouverture

de lits et d'autre part par le retard pris dans le développement des alternatives à l'hospitalisation complète. Les pays de l'Europe centrale et orientale enregistrent généralement une forte densité de lits. En 2004, sur les treize pays dont la densité de lits est supérieure à la moyenne européenne (4,1 pour 1 000 habitants), neuf sont des nouveaux entrants. Cette situation est l'héritage de leur passé soviétique. À l'inverse, la Finlande enregistre, avec la Suède, les densités de lits de soins aigus les plus faibles en 2004 (2,2 lits pour 1 000 habitants).

Par rapport à 1990, la densité de lits en soins aigus est en diminution dans tous les pays, particulièrement en Estonie, en Italie, en Finlande, en Lituanie et en Suède, où elle a été divisée par deux en une vingtaine d'années. Les gouvernements finlandais et suédois ont procédé à des coupes budgétaires importantes dès les années 1990 dans les budgets sociaux et sanitaires, entraînant la fermeture de nombreux lits de soins aigus et reportant l'activité de soins vers la médecine de ville. Au sein de ces deux pays scandinaves, cette évolution a généré l'apparition de files d'attente. Pour l'Italie, la diminution de la densité de lits tient essentiellement à un fort développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

Cette diminution du nombre de lits n'a que rarement entraîné la fermeture d'hôpitaux. Ainsi, dans la majorité des pays européens, la densité d'hôpitaux de soins aigus est restée à peu près stable entre 1990 et 2004, excepté en Estonie, en Belgique et au Luxembourg.

Évolution du nombre de lits d'hôpitaux de soins aigus pour 1 000 habitants entre 1990 et 2004



Source : OMS, bureau Europe, 2007.

⁹ Par exemple, le coût des soins ambulatoires n'est pas pris en compte au Danemark, en Espagne et en Suède.

¹⁰ Les lits de soins aigus se définissent comme les lits accueillant des séjours dont la durée moyenne est courte.

Le virage ambulatoire en Europe

Les évolutions technologiques dans le domaine médical ont permis des évolutions de la prise en charge hospitalière des patients, avec le développement des alternatives à l'hospitalisation complète. Les hospitalisations pour des durées généralement inférieures à un jour et l'hospitalisation à domicile (HAD) peuvent être citées dans ce cadre. Praticué dans des conditions optimales, ce "virage ambulatoire" du secteur hospitalier présente des avantages pour le patient, qui peut dans certains cas être soigné à son domicile ou à défaut rester moins longtemps alité. Il participe également à la rationalisation du secteur hospitalier, le coût de cette prise en charge s'avérant généralement moins élevé qu'une hospitalisation complète. Le développement de ces alternatives à l'hospitalisation complète favorise la diminution des lits hospitaliers car les capacités d'accueil qui s'y réfèrent ne sont généralement pas des lits mais des places. Ainsi, l'Italie a enregistré une baisse de sa densité de lits de 40 % entre 1990 et 2004 car c'est l'un des pays européens où les alternatives à l'hospitalisation complète ont été les plus développées.

Le personnel hospitalier, composante importante du marché du travail européen

Comme pour beaucoup d'activités de service, le personnel tient une place primordiale dans le secteur de la santé. Dans la majorité des pays européens, l'hôpital occupe souvent plus de la moitié des personnels de la santé. Les comparaisons entre pays ne sont pas immédiates car il n'existe pas d'outil de mesure homogénéisé entre les pays¹¹. Le personnel hospitalier d'un peu plus de la moitié des pays

européens a pu être étudié dans ce cadre grâce aux données de l'OCDE. En 2004, le secteur hospitalier emploie ainsi près d'un million et demi de personnes au Royaume-Uni et plus d'un million en France et en Allemagne. En pourcentage de la population active, cela représente entre 2,5 % (Espagne, Grèce ou Portugal) et 5 % (France et Royaume-Uni). Pour ce même groupe de pays, le nombre d'employés hospitaliers a fortement augmenté depuis 1980 : de 20 % à 25 % en Italie et en France, de 50 % au Royaume-Uni, et même 100 % en Grèce.

Le statut et la rémunération des médecins hospitaliers

La plupart des médecins hospitaliers du secteur public disposent du statut de salarié. Ils peuvent être salariés de l'hôpital, d'une collectivité locale ou encore de l'État. Les médecins hospitaliers sont généralement des agents publics, leur rémunération est ainsi fixée par l'administration de tutelle, comme par exemple à Chypre, en Espagne, en France, en Hongrie, à Malte, au Portugal, en République tchèque et en Slovaquie. Ce n'est pas le cas dans certains pays, où l'autonomie offerte aux établissements de santé reste néanmoins encadrée :

- au Royaume-Uni, si les institutions de soins ont la responsabilité du recrutement et de la gestion de leur personnel médical et peuvent pour certaines décider de leur rémunération, le personnel hospitalier dispose tout de même d'un statut particulier protégeant la sécurité de son emploi et de sa carrière ;
- en Estonie, les médecins hospitaliers sont passés du statut de fonctionnaires d'État pendant la période communiste à celui de salariés de l'hôpital. Leurs conditions de travail dépendent d'un contrat de travail (comprenant une négociation salariale) passé individuellement avec l'hôpital.

Dans certains pays où le secteur hospitalier est essentiellement privé (Belgique, Pays-Bas et Luxembourg), les médecins hospitaliers sont majoritairement payés à l'acte.

Dans le cadre de la création de nouveaux statuts d'établissements hospitaliers, notamment les fondations sanitaires publiques en Espagne et les hôpitaux EPE (Entité Publique Entrepreneuriale, établissement de capitaux publics à caractère commercial) au Portugal, le statut des personnels de santé peut être régi par les règles du droit privé du travail.

Enfin, depuis quelques années, la rémunération des médecins hospitaliers comprend, par exemple en Autriche, en Bulgarie ou en Espagne, une part variable afin de les inciter à une plus grande efficacité.

¹¹ Parmi les divergences observées en termes de mesure du personnel hospitalier, certains pays utilisent le nombre de personnes employées, d'autres pays répertorient les "équivalents temps-plein". Le développement des partenariats public-privé, conduisant généralement à l'externalisation de services périphériques (entretien, restauration), ne facilite pas plus les comparaisons.

Un secteur public de moins en moins hégémonique

Les hôpitaux sont très majoritairement de statut public. Le secteur privé représente en 2004 à l'échelon européen moins de 20 % des lits hospitaliers mais son poids tend à progresser depuis les années 1980.

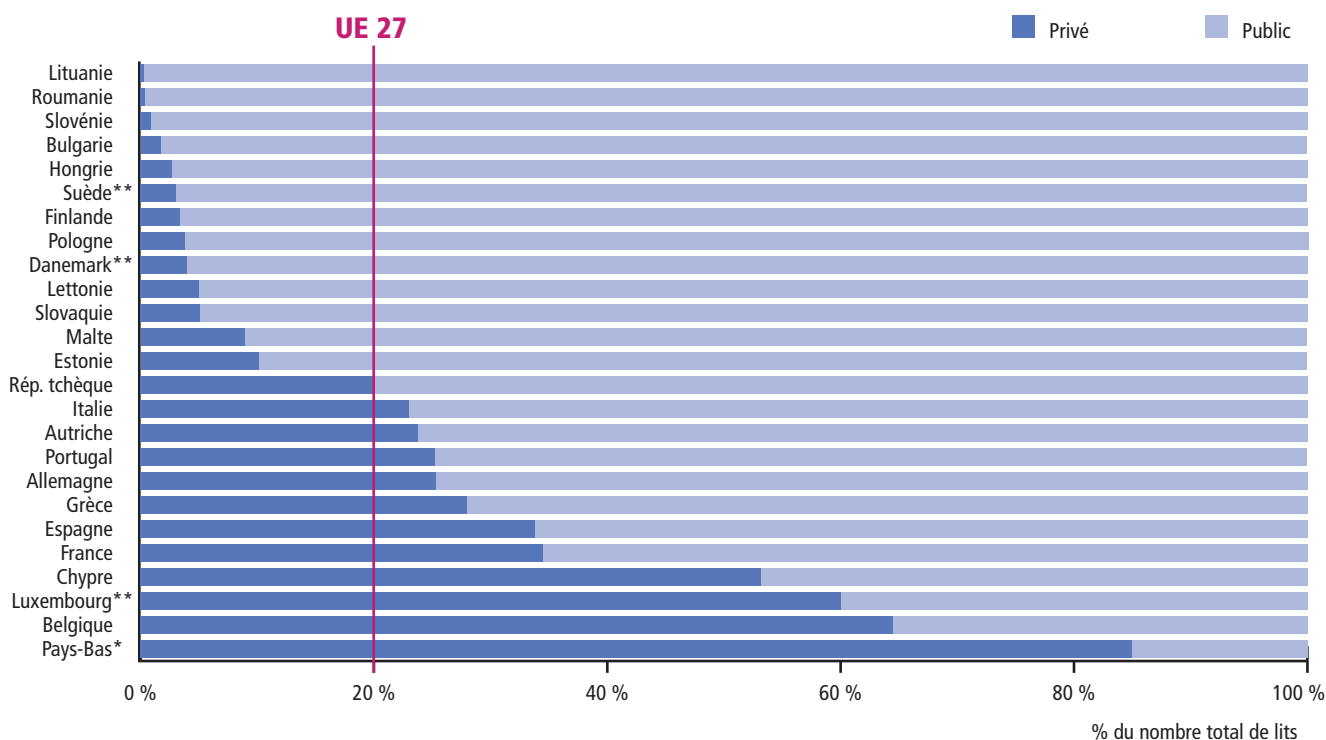
Les propriétaires des hôpitaux publics sont l'État ou, de plus en plus fréquemment, les collectivités locales. Les hôpitaux publics gagnent cependant en autonomie, mais à des degrés très divers selon les pays. En France, l'hôpital public jouit d'une certaine autonomie financière mais l'État reste très présent dans le mode de gestion de l'hôpital. En Suède, si les hôpitaux publics sont la propriété des comtés et placés sous leur tutelle, ils bénéficient d'une autonomie de gestion et disposent de leur propre budget depuis les années 1980. En Pologne, chaque établissement a désormais la charge de sa gestion administrative et médicale et de son propre financement. En Estonie, depuis 2002, les hôpitaux publics sont autonomes pour ce qui concerne les décisions relatives à l'emploi, au salaire de leur personnel, à leurs travaux de rénovation et à l'obtention de prêts auprès des institutions financières. L'Angleterre fait sans doute partie des pays européens où l'autonomie des hôpitaux publics est la plus large, avec la diffusion notamment dans les années 1980 du modèle du *new public management*¹². Depuis 2000, les hôpitaux publics, transformés en *trusts*, passent des contrats concernant la nature et le volume de soins spécialisés et hospitaliers avec les *Primary Care Trust (PCT)*¹³. Ils disposent de marges de manœuvre quant

à la rémunération de leur personnel et la délivrance de soins. En outre, depuis 2004, c'est la population locale et non plus l'administration publique qui est propriétaire d'une centaine d'hôpitaux publics, devenus des *Foundation Trusts*.

Il n'existe pas réellement un statut privé des hôpitaux en Europe mais plusieurs statuts privés selon les pays, et même au sein d'un pays. Ces établissements peuvent en effet être à but non lucratif (appartenant par exemple à une association ou à une fondation) ou à but lucratif (appartenant alors à des personnes privées, morales ou physiques). Une prise en charge du coût des soins prodigués dans les établissements privés peut ou non être proposée par le système public de couverture sociale. Cette prise en charge peut faire l'objet de conditions, le secteur hospitalier privé peut alors être invité à participer au service public hospitalier.

On peut classer les pays européens selon la capacité d'accueil de chaque type d'établissements de santé, public et privé. Dans douze pays, moins de 10 % des lits sont sous statut privé. Les pays dont le système de santé est traditionnellement organisé autour d'un service national de santé (SNS), tels que les trois pays scandinaves, le Royaume-Uni, l'Irlande ou Malte, ont généralement une offre de soins hospitaliers très majoritairement publique. La privatisation du système de santé engagée par les pays de l'Europe centrale et orientale au cours de la transition politique a concerné jusqu'ici plus les soins ambulatoires et les pharmacies que le secteur hospitalier. Ces pays ont donc conservé une offre de soins hospitaliers majoritairement publique.

Part des secteurs public et privé en nombre de lits en 2004¹⁴



Source : OMS, bureau Europe, 2007 - * : estimations - ** : données nationales.

¹² Le "nouveau management public" consiste à introduire au sein des administrations publiques des méthodes de gestion inspirées de la sphère privée.

¹³ Les PCT peuvent être considérés comme un échelon régional du NHS, associant notamment des médecins généralistes, des infirmières, des représentants de services sociaux et des patients.

¹⁴ Hors Royaume-Uni et Irlande, pays pour lesquels les données ne sont pas disponibles. Les dernières statistiques disponibles pour le Royaume-Uni remontent à 1999 et font état d'une part de lits privés s'élevant à 4,3 % du nombre total de lits. Pour l'Autriche et l'Espagne, les données sont de 2003.

Dans quatre pays (Belgique, Chypre, Luxembourg et Pays-Bas), l'offre de soins hospitaliers est essentiellement fournie par le secteur privé, tant en termes d'hôpitaux que de lits. Le secteur hospitalier privé y est principalement à but non lucratif. Dans deux autres pays (l'Espagne et la France), les hôpitaux privés sont plus nombreux que les hôpitaux publics mais sont de taille plus modeste. Le secteur hospitalier privé, dominé par des établissements à but lucratif, concentre ainsi environ un tiers des lits dans ces deux pays.

La place du secteur privé dans l'offre de soins hospitaliers tend à augmenter dans tous les pays de l'Union européenne

depuis les années 1980, à part quelques exceptions où elle est plutôt stable (l'Espagne et la France notamment). Cette tendance s'explique à la fois par la construction de nouveaux établissements de soins privés, comme en Roumanie ou en Bulgarie, par exemple, mais également par la transformation des statuts de certains hôpitaux. En Suède ou en République tchèque, les autorités locales ont la compétence de décider de la privatisation de certains établissements de soins. Ces opérations sont toutefois délicates, suscitent en règle générale de vifs débats, et ne sont donc pas très fréquentes.

Les frontières entre hôpitaux publics et privés

Les frontières séparant les hôpitaux publics des établissements de santé privés sont aujourd'hui plus ténues que par le passé, modifiant parfois les clivages traditionnels.

Certains hôpitaux peuvent par exemple appartenir conjointement aux administrations publiques et à des sociétés privées commerciales. Ce statut a notamment été développé en Allemagne et dans certains pays de l'Europe centrale et orientale, comme la Lettonie, afin de faire face aux difficultés de financement des investissements dans le secteur de la santé. Ces hôpitaux demeurent toutefois sous la tutelle des fonds régionaux de l'assurance maladie avec lesquels ils sont sous contrat.

Ces dernières années, la collaboration entre les secteurs public et privé s'est largement développée avec la participation du secteur privé au financement, à la construction et à la maintenance des bâtiments et des équipements hospitaliers dans le cadre de partenariats public-privé (PPP). Généralement, le secteur public demeure le fournisseur des services de santé et conserve la gestion de l'hôpital. Il est également à l'origine de la décision de faire appel à ce type de montage et lance un appel d'offres aux entreprises privées, auprès desquelles il loue ensuite les bâtiments et/ou les équipements. Un contrat est en règle générale conclu pour une durée allant de vingt-cinq à trente ans. Si ce type de montages financiers, encouragés par la Commission européenne, comporte l'avantage de mettre rapidement en œuvre de grands travaux immobiliers, ils peuvent aussi soulever quelques questions. En effet, ils reposent sur des montages juridiques opérant un partage des risques parfois complexe. Le Royaume-Uni a été le premier pays européen à recourir aux montages de type PPP pour les investissements hospitaliers. En l'espace de dix ans, presque cent hôpitaux de ce pays ont été construits sous forme de PPP ou sont en cours de réalisation. En Espagne et au Portugal, les PPP se sont également bien développés. L'Allemagne, la France, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, la Roumanie ou la Slovénie utilisent déjà ces montages financiers ou adaptent leur législation afin de les rendre possibles. Les autres pays européens devraient sans aucun doute suivre.

Mise en place du paiement à la pathologie dans la majorité des pays européens

Dans près de la moitié des pays européens (Danemark, Espagne, Grèce, Italie, Lituanie, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie et Royaume-Uni), le système hospitalier se caractérise par sa gratuité totale. Dans les autres pays, la partie des frais hospitaliers restant à la charge du patient, qui se présente souvent sous la forme d'un forfait journalier, demeure globalement faible. Les hôpitaux sont donc très majoritairement rémunérés des soins qu'ils prodiguent par le système public de couverture. Les systèmes de paiement "rétrospectif" du secteur hospitalier, qui reposent sur l'observation de coûts *ex post* (typiquement le paiement à l'acte et/ou à la journée), tendent actuellement à être remplacés par les systèmes de paiement "prospectif", fondés sur un coût défini *ex ante* et indépendamment des coûts effectifs. Les deux formes les plus répandues du système de paiement "prospectif" sont les suivantes :

- la budgétisation globale qui est établie à partir d'antécédents historiques et/ou de négociations entre les hôpitaux et leur tutelle, système prévalant ou qui a prévalu en Autriche, Belgique, Danemark, France, Luxembourg ou Espagne. Si ce mode de financement a permis une

maîtrise des dépenses hospitalières dans certains pays comme le Danemark, il comporte plusieurs inconvénients, tels que la faible incitation à la productivité ou le risque d'apparition de listes d'attente.

- le paiement à la pathologie (aussi appelé "par cas" ou "à l'activité"). 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 États-Unis, les *Diagnosis Related Groups (DRGs)*, est la plus connue.

La Suède, la Hongrie, la République tchèque ou l'Italie font partie des premiers pays européens à avoir introduit un tel mode de financement à l'hôpital entre 1992 et 1995. Ils ont depuis été rejoints par une vingtaine d'autres États membres de l'Union européenne, dont la France, l'Estonie, l'Allemagne et les Pays-Bas en 2004 et 2005. Parmi les pays européens pour lesquels le paiement à la pathologie n'a pas encore été mis en œuvre, ce mode de paiement n'apparaît pas d'actualité au Luxembourg mais son introduction est un projet relativement avancé dans deux autres États membres de l'Union européenne (Chypre et Grèce).

Notons par ailleurs que la République tchèque est revenue à une budgétisation globale en 1997 avant d'adopter prochainement une forme modifiée de paiement à la pathologie.

Chronologie de mise en place de la tarification à l'activité dans quelques pays de l'Union européenne



Chronologie inspirée du rapport de Hope, *DRGs as a financial tool*, 2006.

L'introduction d'un paiement à la pathologie dans les hôpitaux vise avant tout à les inciter à améliorer la maîtrise de leurs dépenses mais aussi à réduire les files d'attente, comme en Suède. Les objectifs principaux de ce nouveau mode de rémunération apparaissent relativement partagés entre les pays. Cela dit, 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 ou le moyen séjour en Hongrie, ou dont l'extension est en projet (la psychiatrie au Royaume-Uni par exemple).

Dans de nombreux pays, l'État 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 à un niveau infranational et varier d'une collectivité locale à l'autre au sein d'un même pays, notamment pour les cas italien et suédois.

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).

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

La relance de l'investissement hospitalier et la diversification de ses modes de financement

La problématique du financement des investissements hospitaliers, nécessaires pour assurer la pérennité et la qualité du service, est complémentaire de celle relative à la rémunération de l'activité hospitalière. Dans tous les pays européens, la décision d'investissement est encadrée par les autorités publiques. La diversification des modes de financement des travaux et le recours au secteur privé s'amplifient.

Dans la majorité des pays européens, l'investissement des hôpitaux publics fait l'objet d'un financement spécifique. Celui-ci est traditionnellement assuré par l'État, par les collectivités locales ou par l'hôpital lui-même, voire le plus souvent par plusieurs de ces intervenants. Avec l'élargissement de l'Union européenne en 2004 puis en 2007, des acteurs internationaux, tels que l'Union européenne ou la Banque mondiale peuvent apporter dans certains cas un financement complémentaire *via* l'élaboration de plans d'aide.

À Chypre, en Irlande, en Lettonie, au Luxembourg, à Malte, au Portugal, en Roumanie, en Slovaquie ou encore en Slovaquie, l'État est le principal responsable des investissements hospitaliers. Dans les États fédéraux (Allemagne, Autriche et Belgique), les investissements sont plutôt du ressort des États fédérés. Dans les pays récemment régionalisés, l'Espagne et l'Italie, les investissements des hôpitaux publics sont décidés et financés principalement par les régions. Les réformes des systèmes de santé dans certains pays de l'Europe centrale et orientale ont transféré cette compétence au niveau des collectivités locales. En règle générale, la fonction d'investissement est alors partagée entre les collectivités locales, propriétaires des établissements, et l'État, financeur des investissements les plus lourds (République tchèque, Hongrie, Pologne). Enfin, dans certains pays, l'autonomie des hôpitaux publics est plus large et concerne la décision et le financement des investissements. En France et aux Pays-Bas, l'investissement hospitalier est principalement financé par le budget de l'hôpital, soit par autofinancement soit par recours à l'emprunt.

On assiste actuellement à une relance de l'investissement hospitalier dans de nombreux pays européens, après une pause dans les années 1990. Cette relance est généralement impulsée par l'administration de tutelle (comme en Estonie ou en France), y compris dans des pays où celle-ci n'est pas le principal responsable des investissements hospitaliers.



L'INFLUENCE CROISSANTE DE L'UNION EUROPÉENNE

Selon le principe de souveraineté nationale dont relève la santé et le principe communautaire de subsidiarité, l'Union européenne n'intervient dans des domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive que si, en raison de leurs dimensions ou de leurs effets, les objectifs de l'action envisagée peuvent être mieux réalisés au niveau communautaire. En conséquence, les actions communautaires se sont portées, pour le moment, sur des problématiques de santé publique, et n'ont pas concerné l'organisation ou le financement des services de santé.

Au-delà de ces interventions, la construction européenne semble accélérer les convergences entre les différents systèmes de santé européens, tant en termes de gouvernance des secteurs hospitaliers, d'évaluation de la qualité des soins que de reconnaissance des droits des patients par exemple.

Un rôle affirmé en termes de santé publique

Après avoir présenté une communication concernant le cadre d'action dans le domaine de la santé en 1993 et regroupé le portefeuille de la politique des consommateurs et celui de la santé, la Commission européenne a créé en 1999 la Direction générale "Santé et protection des consommateurs" (DG SANCO). Le deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé est désormais en place pour la période 2008-2013. Il comprend trois objectifs principaux : améliorer la sécurité sanitaire des citoyens, promouvoir leur santé ainsi que produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé. L'enveloppe financière allouée à ces programmes (321,5 millions d'euros pour le deuxième) apparaît cependant en deçà des ambitions affichées par la Commission.

En complément de ces programmes, le Traité d'Amsterdam (1997) accorde une nouvelle compétence sanitaire à la Commission. La première mesure législative à en faire usage concerne les produits sanguins en 2002, à travers la mise en place d'un système de gestion de la qualité dans les laboratoires, les hôpitaux et les autres établissements qui collectent, manipulent et traitent du sang et des composants sanguins. Elle est suivie en 2004 par une directive concernant les tissus et les cellules humaines et une discussion est en cours au sujet de la donation et de la transplantation d'organes.

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies a été créé en 2005. Afin d'améliorer les capacités de l'Union à faire face aux maladies transmissibles et au bioterrorisme, il a pour mission de coordonner les laboratoires des pays membres. Il est destiné à tenir un rôle déterminant dans la prévention de graves menaces sanitaires telles que la grippe aviaire ou le VIH/SIDA, mais également des infections associées aux services de santé.

La problématique de la santé est évidemment liée à d'autres problématiques, économique ou environnementale par exemple. L'intégration des préoccupations de santé dans le programme de Lisbonne, principale politique de l'Union

européenne en matière de croissance économique et de productivité, en est une première illustration, ainsi que l'atteste la mise en avant de l'indicateur "Années de vie en bonne santé". De même, une stratégie intitulée SCALE (*Science, Children, Awareness, Legislation, Evaluated*) a été adoptée en 2003 pour réduire les maladies liées aux facteurs environnementaux concernant plus particulièrement les enfants, qui sont les plus exposés à la pollution. Toujours en matière d'environnement, les directives européennes en matière de politique des déchets, qui concernent bien évidemment le secteur hospitalier, devraient prochainement être révisées. Par ailleurs, l'instauration de la "méthode ouverte de coordination" (MOC) dans le domaine de la santé, fournit aux États membres un instrument novateur qui doit les aider à se rapprocher des objectifs convenus à l'échelon européen et à échanger les bonnes pratiques dans les domaines de l'emploi, de la protection sociale et de l'inclusion sociale.

L'influence de la législation européenne sur le secteur hospitalier

L'Union européenne est avant tout économique, fondée sur les principes de libre circulation des biens, des services, des personnes et des capitaux ainsi que sur des règles de concurrence. Ces principes et règles s'appliquent à la quasi-totalité des secteurs d'activité, y compris au secteur hospitalier. Les hôpitaux vivent ainsi, sans forcément le mesurer quotidiennement, dans un environnement fortement encadré par la législation communautaire. Celle-ci est particulièrement structurante en ce qui concerne la libre circulation des personnes (professionnels de santé et patients), la libre circulation des biens et services qu'achètent les hôpitaux (notamment mais pas seulement les médicaments et dispositifs médicaux).

Pour ce qui est des professionnels de santé, plusieurs directives européennes harmonisent les conditions de formation minimales et prévoient une reconnaissance automatique des qualifications professionnelles, dont cinq sont spécifiques aux professions de santé (médecin, infirmière, sage-femme, dentiste et pharmacien).

Quant au patient européen, il peut bénéficier de soins dans un autre État membre et peut obtenir le remboursement forfaitaire dans le pays d'affiliation dès lors que les soins envisagés n'y existent pas, sont difficilement accessibles ou insuffisamment adaptés à sa situation. En outre, de nombreux pays européens ont signé des traités internationaux ayant des implications directes sur le droit des patients. Le plus important est la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales de 1950. Certains pays ont renforcé ces droits par des lois ou encore par des procédures de règlements de conflit.

Des coopérations hospitalières favorisées par la construction européenne

La construction européenne a logiquement favorisé le développement de coopérations entre les différents pays européens. Ces coopérations peuvent prendre la forme de projets européens, de coopérations mises en place entre deux ou trois pays pour faciliter la dispensation de soins, notamment hospitaliers, autour de leurs frontières communes ou encore de coopérations institutionnelles, telle que la création de Hope, la Fédération européenne des hôpitaux et services de santé.

Sont impulsés ainsi par la Commission européenne :

- *HESCULAEP* ("Health emergency national regional programmes for an improved co-ordination in pre-hospital setting" - programmes nationaux et régionaux dans le domaine des urgences médicales visant à améliorer la coordination dans les soins de pré-hospitalisation) qui contribuent à mettre les programmes de recherche nationaux en réseau ;
- *Europhamili*, une formation professionnelle transnationale de trois mois à destination des cadres de santé, a été créée en 2002. Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, France, Lituanie, Pologne, Portugal et Royaume-Uni sont les neuf pays désormais partenaires au sein d'*Europhamili* ;
- *Orphanet*, serveur d'information sur les maladies rares et les médicaments orphelins, vise à contribuer à améliorer le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies rares ;
- le projet *MARQuIS* (*Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies*), développé entre 2004 et 2008, a pour vocation d'évaluer la valeur des différentes stratégies de qualité existantes. Ses conclusions laissent apparaître que trois stratégies semblent plus particulièrement porter leurs fruits (les systèmes de sécurité du patient, les indicateurs de performance et les bonnes pratiques cliniques) et qu'une attention particulière doit être portée à la qualité des soins en zone frontalière.

Dans les zones frontalières, des accords cadre peuvent être passés entre des prestataires, des financeurs de soins ou encore des États afin d'instaurer une coopération organisant l'offre de soins de part et d'autre de la frontière. Le projet "*EUREGIO - Evaluation of Border Regions in the European Union*", initié en juin 2004 et qui vise à recenser les coopérations transfrontalières en matière sanitaire au sein de l'Union européenne, a relevé plus de 300 collaborations, principalement autour de projets de formation, de mise en commun d'équipement et de prévention sanitaire.



CONCLUSION

Les systèmes de santé des vingt-sept pays de l'Union européenne sont confrontés à des défis sanitaires similaires dont les enjeux économiques sont majeurs. Pour y faire face, la majorité des États membres ont engagé des réformes porteuses d'actions proches : augmentation de la contribution des financements privés, mise en place d'une couverture maladie universelle, dynamique de décentralisation de l'organisation des systèmes de santé.

Le secteur hospitalier est une composante essentielle du système de santé en Europe, même si son poids dans les dépenses de santé tend à diminuer depuis une vingtaine d'années. Il est donc concerné au premier chef par les réformes sanitaires. Et ces réformes participent, sans doute, à la convergence des secteurs hospitaliers des pays de l'UE en matière de rémunération et de régulation. Cependant, la compétence sanitaire restant du ressort des États, la Commission européenne a plutôt cherché à favoriser une certaine cohérence des réponses sanitaires. Et si effectivement on observe aujourd'hui cette cohérence à l'échelle européenne, celle-ci n'est pour autant pas garantie dans les années à venir. Les problématiques sanitaires ou économiques des différents États membres de l'Union européenne pourraient en effet s'éloigner les uns des autres, par exemple en fonction du rythme de croissance économique, de la pyramide des âges ou encore de la répartition des pathologies entre maladies transmissibles et non transmissibles. Enfin, les organisations et les acteurs sont susceptibles d'évoluer - comme le laisse apparaître l'introduction d'une concurrence encadrée dans certains systèmes de santé, qu'elle concerne les caisses d'assurance-maladie (Allemagne, Belgique, Pays-Bas) ou les hôpitaux (Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède) - avec la recherche d'une plus grande efficacité, mais aussi en fonction des interprétations des grands principes européens qui délimiteront à l'avenir les spécificités des services d'intérêt général, la subsidiarité et la "saine concurrence".

**Un ouvrage réalisé
par la Direction des Études de Dexia,
en partenariat avec Hope,
la Fédération européenne
des hôpitaux et services de santé**



Les Hôpitaux dans les 27 pays de l'Union européenne

Dexia Editions, juillet 2008, 216 pages, 20 €

ISBN : 978-2-911065-68-2

POUR COMMANDER L'OUVRAGE

Site internet : www.dexia-editions.com

e-mail : dexiaeditions@dexia.com

Tél. : +33 1 58 58 78 78

Fax : +33 1 58 58 68 20