



*Cet article analyse les réformes des systèmes de santé mises en œuvre dans les trois principaux pays d'Europe du Sud depuis le début des années 80. En Italie comme en Espagne, la décentralisation a constitué une orientation majeure de ces réformes. Les régions, en Italie, les Communautés autonomes, en Espagne, se sont vues accorder progressivement des dévolutions de compétences de plus en plus importantes dans le domaine de la santé, suivies de réformes visant à leur accorder une plus large autonomie fiscale. Cette évolution a conduit dans ces deux pays à une différenciation des modes d'organisation des systèmes de santé selon les régions. Différent est le cas du Portugal où, bien qu'une déconcentration administrative ait été amorcée depuis 1993, l'État central conserve l'essentiel des compétences tant en matière de gestion que de financement. Dans les trois pays étudiés, les inégalités d'offre de soins et de financement restent assez marquées, et le problème du rôle de l'État central pour garantir l'équité d'accès aux soins est souvent posé.*

## Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation

À la fin des années soixante-dix et au début des années quatre-vingt, les trois principaux pays du sud de l'Europe avaient choisi de mettre en place des services nationaux de santé fondés sur le principe d'un accès universel aux soins, assuré essentiellement par le secteur public et financé par le budget de l'État (tableau 1). L'un des objectifs principaux qui ont présidé à la mise en place d'un service national de santé portait sur l'équité d'accès aux soins. Toutefois, la conjoncture économique qui a restreint les possibilités d'accroissement des budgets alloués à la santé, a accru les difficultés de fonctionnement interne de ces services, les disparités persistantes entre les régions du nord et du sud de ces pays, ainsi qu'entre zones urbaines et rurales incitant les responsables à engager des réformes de grande ampleur.

En Italie et en Espagne la décentralisation du système de santé a été l'axe majeur de ces réformes entreprises depuis une vingtaine d'années pour rendre plus efficient leur service national de santé et tenter de mieux maîtriser les dépenses en responsabilisant les régions. Ce processus de décentralisation a pu toutefois générer des disparités

**Sylvie COHU et Diane LEQUET-SLAMA**

Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement  
Ministère de la Santé et des solidarités  
Drees





géographiques liées à des déséquilibres internes des ressources et des compétences. Une telle évolution pose la question de l'égal accès aux soins et de la mise en place de mécanismes de compensation efficaces.

Après avoir dans un premier temps décrit brièvement les services nationaux de santé introduits en Espagne, Italie et Portugal, nous nous attacherons à analyser la vague récente de réformes centrées en Italie et en Espagne sur la décentralisation. Selon la typologie de Rondinelli<sup>1</sup> qui est la plus communément admise, le concept de décentralisation peut, à cet égard, désigner aussi bien la dévolution des pouvoirs que la déconcentration des compétences, la délégation des responsabilités ou la privatisation des services<sup>2</sup>. C'est donc dans une acception très large que ce concept sera utilisé dans cet article. Enfin, nous analyserons les conséquences de la décentralisation sur les modes d'organisation des soins et les différences interrégionales avant d'aborder la question du fédéralisme fiscal en Italie et en Espagne.

## 2

### **La mise en place de services universels de santé en Espagne, Italie et Portugal : des systèmes qui restent fragmentés**

Historiquement, l'Espagne et le Portugal ont connu pendant une longue période des régimes étatiques autoritaires, des systèmes de protection sociale caractérisés par le corporatisme et le mutualisme social et pour l'Italie, par l'éclatement entre diverses mutuelles. Le choix d'un service national de santé se fondait sur la volonté d'homogénéiser les droits et les prestations et sur une recherche d'égalité en termes d'accès aux soins. Les services nationaux de santé se sont toutefois greffés sur des sous-systèmes déjà existants, qui ont en partie subsisté. Comme le note Ana Guillén<sup>3</sup>, le passage d'un régime d'assurance maladie à un service national de santé ne s'est pas fait sans difficultés dans la mesure où il a fallu surmonter la dépendance par rapport au modèle antérieur. De plus, le contexte économique défavorable de l'époque a entraîné dans les trois pays un sous financement important des structures de santé<sup>4</sup>.

En Italie, le service national de santé a été créé en 1978, avec pour but d'offrir un accès gratuit aux soins à l'ensemble de la population. Sa mise en œuvre partielle laissait subsister plusieurs régimes professionnels (fonctionnaires, employés de banque, compagnies d'assurance, salariés des entreprises publiques, personnels militaires). Ces segments de la population ont continué à faire appel au secteur privé, entraînant un développement important de ce dernier. Le service national italien associe ainsi à un financement public, une offre de soins mixte à la fois publique et privée. Un échelon sanitaire de base, l'unité sanitaire locale, initialement USL, (Unita sanitaria locale) est responsable de l'ensemble des soins fournis aux usagers.

En Espagne, la constitution de 1978 affirme la création d'un service de santé publique ouvert à tous les citoyens, mais ce n'est qu'en 1986 qu'il a effectivement été créé. Ce service offre un accès universel et gratuit aux soins pour tous, contrairement à la loi de 1974 qui avait laissé coexister deux systèmes de soins, un dispositif relevant de l'État, des régions et des municipalités et des secteurs de soins relevant de l'assurance maladie. La Catalogne, le Pays basque et l'Andalousie ont été les premières régions à s'inscrire dans le processus de dévolution d'autorité. Ces communautés autonomes ont pris des initiatives importantes dans le domaine de la santé, telles que la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle pour un panier de biens et de services minimum ou la création de consortiums publics.

Toutefois, l'universalisation progressive du système public de santé n'a pas empêché le maintien et le développement de régimes d'assurances privées de type mutualiste et commercial. Encore aujourd'hui en Espagne, 6 millions de personnes, soit 15 % de la population, ont souscrit une assurance maladie privée substitutive auprès d'une mutuelle ou d'une compagnie d'assurance commerciale, un tiers de ces assurés étant des fonctionnaires.

En Italie comme en Espagne, la décentralisation a donc été dès l'origine au cœur du dispositif de mise en place

du service national de santé, d'autant que les régions ont joué un rôle essentiel dans cette évolution. Cependant, alors que l'Espagne s'engageait, dès 1981, dans un processus progressif de dévolution des compétences sanitaires à certaines communautés autonomes (régions), en Italie, il s'agissait seulement, à l'origine, d'un transfert de responsabilités administratives. En Espagne, les communautés autonomes qui sont entrées dans le processus de dévolution étaient pleinement responsables de l'organisation et de la gestion du système de santé mais pas de son financement, l'État central leur accordant une enveloppe annuelle, fondée le plus souvent sur le nombre d'habitants de la région. En Italie, les régions avaient en principe la responsabilité des USL mais les déficits accumulés par ces unités sanitaires locales étaient comblés par l'État central.

Au Portugal, l'instauration d'un service national de santé s'est heurtée à de plus grandes difficultés que dans les deux autres pays. Celles-ci tiennent principalement à l'absence d'une coalition politique stable et à l'insuffisance des budgets publics nécessaires. Le système de santé portugais conjugue, à cet égard, la coexistence de trois composantes : le service national de santé créé en 1979, des assurances maladie pour certaines professions financées grâce à des cotisations sociales (essentiellement pour les fonctionnaires, les salariés des institutions financières) et enfin

1. Rondinelli D.A., Nellis JR, Cheemas S, Decentralization in developing countries, World Bank, Working Paper N° 581, 1983

2. La dévolution consiste à confier des pouvoirs à des gouvernements territoriaux autonomes. La déconcentration consiste en une délégation de pouvoirs à des niveaux territoriaux plus bas. La délégation transfère des responsabilités de gestion très étendues dans un domaine et pour des fonctions spécifiques. La privatisation est un transfert de responsabilités à des organisations privées lucratives ou non.

3. Guillen Ana, Alvarez Santiago, « Régionalisation et protection sociale dans l'Espagne des autonomies (1978-2000) » in *Sociétés contemporaines*, n° 51, 2003.

4. Duriez M., Lequet-Slama D., « Les réformes des systèmes de santé, spécificités et convergence », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 18, 1997.

des assurances privées volontaires. Ces deux derniers volets couvrent environ un quart de la population.

Les centres de santé primaires constituent le point d'entrée dans le service national de santé, avant l'accès aux soins spécialisés. Directement gérés par l'administration régionale de santé, ils sont souvent sous-équipés, du fait d'un certain manque de ressources. Le médecin généraliste y joue le rôle de porte d'accès au système de soins, mais le déficit en généralistes conduit à des listes d'attente importantes et un recours parallèle aux services d'urgence des hôpitaux. Toutefois, le secteur privé a toujours été présent dans la fourniture des soins au Portugal, et continue de jouer un rôle important dans ce domaine (tableau 1).

### **Des réformes centrées sur la dévolution des compétences sanitaires aux régions en Italie et en Espagne**

En Italie, le service national de santé a été réformé en profondeur à deux reprises dans le sens d'une dévolution accrue des compétences aux régions.

La réforme de 1992 a enclenché un processus de dévolution des compétences aux régions, dans l'optique de réduire les déficits chroniques accumulés par les unités sanitaires locales (USL) et qui étaient compensés par le gouvernement central. Les USL se caractérisaient en outre par une politisation liée à leur proximité des pouvoirs municipaux qui entraînait nombre de dysfonctionnements. La transformation des USL en entreprises de santé locales, ASL (Azienda sanitaria locale), écartant les municipalités de la gestion, s'est ainsi traduite par une plus grande autonomie et une responsabilisation de ces structures, avec une réduction sensible de leur nombre, de 659 à 199. Certains grands hôpitaux publics, autrefois dépendants des USL, se sont ainsi

5. Ferrinho Paulo, « Decentralization in the context of health care reform : the Portuguese experience », Intervention au Colloque DREES-MiRe sur Les réformes de la protection sociale dans les pays d'Europe continentale et du Sud, Paris, 20 décembre 2005.

### **T • 01 quelques indicateurs des systèmes de santé : Italie, Espagne, Portugal**

Pays	Italie		Espagne		Portugal	
	1990	2003	1990	2003	1990	2003
Médecins en activité pour 1 000 habitants		4,1	...	3,2	2,8	3,3
Infirmiers en activité pour 1 000 habitants	...	5,4	...	7,5	2,8	4,2
Dépenses totales de santé par habitant en % du PIB	7,9	8,4	6,7	7,7	6,2	9,6
Dépenses publique de santé par habitant en % du PIB	6,3	6,3	5,3	5,5	4,1	6,7
Lits de soins aigus pour 1 000 habitants	6,2	3,9**	3,6	3,1**	3,4	3,1**
PIB par habitant		26 792		23 889		18 725

\* L'Espagne comptabilise uniquement les effectifs infirmiers du secteur public.

\*\* En 2002.

Source : *Panorama de la santé, OCDE, 2005.*

transformés en « entreprises hospitalières » autonomes majoritairement financées par des contrats avec les ASL. Dans ce contexte, les régions deviennent libres de choisir leur schéma d'organisation des soins.

Alors que la réforme de 1992 avait pour principal objectif, la maîtrise des coûts et une meilleure efficacité du système par l'introduction de méthodes de gestion issues du privé, la réforme de 1999, surnommée « la réforme de la réforme », réaffirme les buts originels du service national de santé : universalisme, équité d'accès aux soins et financement public. Elle tente d'opérer un rééquilibrage entre régions, sous l'égide de l'État, en établissant une liste de prestations obligatoires essentielles pour tout le territoire italien (Livelli essenziali di assistenza).

En octobre 2001, un référendum a, en outre, ratifié un projet de réforme constitutionnelle présenté en janvier 2000. Il s'oriente vers une dévolution élargie de compétences aux régions à partir de 2002, et une refonte de la fiscalité. Les régions deviennent fiscalement autonomes et doivent désormais financer elles-mêmes le panier de biens et de services minimums qui relevait auparavant de l'échelon central. Mais l'État conserve des compétences en matière d'organisation générale des structures sanitaires, de régulation des professions médicales, de mise sur le marché et de distribution des médicaments et de fixation de la couverture maladie minimum que doivent garantir les régions.

En Espagne, le processus de transfert des compétences sanitaires aux dix-sept communautés autonomes est

achevé depuis 2002 et le rôle de l'État central a de ce fait été fortement réduit, et ce dernier reste le garant de l'équité d'accès aux soins et de la qualité des soins offerts sur l'ensemble du territoire. Une commission a été mise en place au niveau national pour suivre la situation sanitaire dans l'ensemble du pays, proposer des mesures d'amélioration et des objectifs de qualité. Pour éviter les disparités entre communautés autonomes en matière de fourniture de soins, le Parlement a adopté en mars 2003 une loi sur la cohésion et la qualité du service national de santé. Cette loi prévoit une planification des services de soins et un suivi de leur qualité, le développement de systèmes d'information et institue un fonds de cohésion destiné à financer la mobilité des patients d'une région à l'autre.

### **Au Portugal, déconcentration administrative et partenariat public-privé pour la gestion de l'offre de soins**

De son côté, le système de santé portugais a expérimenté des formes de décentralisation diverses au sens de la typologie de Rondinelli : dévolution des compétences dans le cas des Açores et de Madère, déconcentration des responsabilités administratives avec la réforme du service national de santé de 1993 qui prévoyait le principe d'une régionalisation du système, délégation de gestion pour certains sous-systèmes de santé (police, armée en particulier), mouvement de privatisation de l'offre. Mais il est difficile, selon Paulo Ferrinho<sup>5</sup>, de considérer le service de santé portugais comme décentralisé.

En 1993, le système national de santé a été organisé en cinq régions de santé, administrées et gérées par des administrations régionales autonomes. Ces administrations sont chargées de surveiller l'état de santé de la population, de contrôler les fournisseurs de soins et de leur attribuer des ressources financières correspondant à leur circonscription géographique. Cependant, en novembre 1998, les Portugais ont explicitement rejeté par référendum le modèle de dévolution régionale des compétences qui leur était proposé.

Les réformes de 2002 et de 2003 ont introduit de nouvelles formes de gestion et des éléments de privatisation de l'offre de soins. Une réforme hospitalière de grande ampleur a ainsi été adoptée en 2002, établissant de nouvelles formes de gestion pour les hôpitaux. 34 hôpitaux de taille moyenne, choisis pour leur solidité financière et représentant la moitié de l'offre hospitalière, ont été transformés en « entreprises » publiques assujetties au droit des entreprises, mais avec l'État comme seul actionnaire. Ces structures ont leur complète autonomie administrative et financière, avec un conseil d'administration indépendant et responsable des résultats. Les hôpitaux publics restants demeurent sous gestion publique tout en acquérant davantage d'autonomie administrative et financière. Enfin, de nouvelles structures seront créées sur la base d'un partenariat entre secteur public et secteur privé, avec un contrat de gestion privé mais assujetti au droit public.

Les listes d'attente en vue d'interventions chirurgicales sont importantes, et un programme spécifique (PECLEC) a été mis en place pour y remédier en mai 2002. Ce programme permet aux hôpitaux de faire réaliser certaines interventions par le secteur privé lucratif ou non lucratif, interventions obligatoirement prises en charge par le service national de santé en cas de délais d'attente excessifs.

La réforme de 2003, qui n'est pas encore complètement effective, prévoit, par ailleurs, de nouvelles formes de financement et de gestion en vue d'améliorer le fonctionnement des centres de soins primaires. Les centres de santé pourront être gérés par des organismes

privés qu'ils soient ou non à but lucratif. Ces centres sont progressivement financés depuis 2004 sur la base d'une dotation forfaitaire par habitant, modulée en fonction de la taille et de la structure démographique de la population couverte, du degré de dépendance des patients et de l'accessibilité géographique des hôpitaux. Les médecins peuvent être rémunérés *per capita* et en fonction de leurs performances.

### **Des modèles d'organisation différents selon les régions en Italie**

Selon George France et Francesco Taroni<sup>6</sup>, la réforme italienne de 1992 qui autorise les régions à s'éloigner du modèle national, centré sur l'ASL (entreprise sanitaire locale) responsable de l'ensemble de la gestion et de la fourniture des soins, avait deux objectifs prioritaires : la stabilisation macroéconomique et l'efficacité microéconomique. Il s'agissait à la fois de développer les responsabilités des gouvernements régionaux, et d'adopter des politiques promouvant le management et la concurrence dans la gestion du service de santé. Les régions ont ainsi été incitées à introduire des modèles de « quasi-marché », inspirés du NHS britannique mais, contrairement à la réforme anglaise, le ministère de la Santé n'a pas imposé de modèle concurrentiel applicable sur l'ensemble du territoire.

Pour George France<sup>7</sup>, à la lecture de la législation, les régions semblaient avoir le choix entre trois modèles qui tous comportaient le principe, même appliqué de façon incomplète, d'une séparation entre les fonctions de financement et de production : le contrat ponctuel où le patient est libre de s'adresser à n'importe quel prestataire public ou privé accrédité, le modèle des prestataires préférentiels où l'utilisateur doit pour être pris en charge s'adresser à ces derniers et enfin le recours classique aux structures dépendant de l'ASL ou sous contrat avec l'entreprise sanitaire locale. Dans ce dernier modèle, chaque ASL négocie un plan d'activité annuel avec ses hôpitaux et ses centres de soins ambulatoires.

En réalité, les régions italiennes ont adopté une approche qu'on peut qualifier « d'ad hoc », en mettant en œuvre un seul ou quelques éléments des principes directeurs nationaux sans reproduire complètement aucun des trois principaux types de modèle précédents, laissant aux directeurs des ASL et des hôpitaux autonomes une grande marge de manœuvre. Le résultat a été une très grande hétérogénéité de l'organisation régionale des services de santé, avec autant de modes d'organisation que de régions (Valeria Fargion)<sup>8</sup>. Les systèmes sanitaires régionaux diffèrent ainsi sous trois aspects principaux : l'organisation institutionnelle, et notamment la séparation entre acheteurs et fournisseurs, les principes de concurrence mis en œuvre et enfin la fourniture publique ou privée des services de santé.

Sur le premier point, les régions ont fait des choix différents concernant l'autonomie des hôpitaux par rapport aux entreprises locales de santé ; ainsi, la Lombardie a complètement séparé les hôpitaux des ASL, alors que la plupart des régions n'ont pas fait ce choix (Abruzzes, Molise) ou ont opté pour l'autonomie de quelques structures seulement (Vénétie, Toscane, Emilie-Romagne, Latium).

À l'exception de la Lombardie qui a, en outre, choisi d'introduire une vraie concurrence, d'autres régions ont opté pour une concurrence encadrée où l'offre de services des différentes structures donne lieu à négociation au niveau régional, et les tarifs réduits en cas de dépassement des quotas d'activité.

Certaines régions ont enfin dans la période récente, eu tendance à réorganiser leurs systèmes de santé de façon plus centralisée. L'exemple des Marches et de Molise est significatif à cet égard, ces dernières ayant choisi de créer une entreprise locale de santé unique pour l'ensemble de la région.

6. France George, Taroni Francesco, « The Evolution of Health-policy making in Italy », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, n° 1-2, février-mars 2005.

7. France George, in Vers de nouveaux contrats entre prestataires, payeurs et pouvoirs publics, ENSP - Mire, Colloque européen 12-13 mai 1995.

8. Fargion Valeria, Intervention au colloque.



D'autres régions ont unifié les responsabilités de certains services (comme les urgences) au niveau d'une « super » ASL.

### **En Espagne, des modèles plus ou moins orientés vers le « managed care »**

En Espagne, le transfert de la responsabilité du système de santé aux communautés autonomes a été réalisé sur une vingtaine d'années. La Catalogne a été la première à recevoir le transfert des compétences sanitaires (1981), suivie par l'Andalousie (1984), le Pays basque et Valence en 1988, la Galice et Navarre (1991), les Îles Canaries. Cet échelonnement explique en partie le degré d'avancement différent des réformes. Selon Ana Guillén et Santiago Alvarez<sup>9</sup>, les communautés autonomes ont joué un rôle essentiel dans l'introduction de politiques et de programmes innovateurs en matière de santé.

Dans la pratique, chaque communauté autonome, gouvernée par des conseils élus, a tendance à développer désormais son propre système de santé et à choisir ses instruments de régulation. Comme le soulignent nombre d'experts, cela a conduit à dix-sept modèles, au moins partiellement différents.

Les différences en matière de gestion et d'organisation du service de santé sont ainsi importantes selon les communautés autonomes. Dans quelques-unes d'entre elles, les orientations suivies s'inspirent globalement des théories du New Public Management qui accordent une large place à des méthodes de gestion inspirées du privé et à la privatisation partielle des services. La Catalogne qui est perçue comme une référence en matière de gestion sanitaire, s'est, à cet égard,

notamment distinguée en approuvant, dès 1990, une loi introduisant pour la première fois en Espagne, la séparation des fonctions de financement et d'achat. Cette évolution du service de santé catalan s'explique notamment par le fait que le financement privé était plus répandu dans cette région que dans le reste du pays et que les organismes religieux et caritatifs y jouaient un rôle majeur dans la fourniture de soins hospitaliers.

L'Institut catalan de la santé, *Catalut*, qui planifie, finance et évalue le service de santé de la communauté autonome a adopté le positionnement d'une *Health Maintenance Organization* (HMO) américaine qui appliquerait les méthodes de *managed care* mais sans objectif de profit<sup>10</sup>. La majorité des soins hospitaliers est ainsi fournie sur la base d'un financement public par un réseau de structures privées à but non lucratif, seuls 40 % des lits étant encore gérés de façon traditionnelle. Deux formules ont été particulièrement développées dans ce cadre : les consortiums et les hôpitaux fondations. Les consortiums sont des entités de droit public composées de représentants des municipalités et des provinces et ouvertes à la participation d'organismes privés non lucratifs comme les mutuelles. Les hôpitaux fondations sont des entités de droit privé qui sont conventionnés avec le service national de santé catalan et accrédités.

En matière de soins primaires, la Catalogne a également joué un rôle précurseur avec la mise en place, à titre expérimental, de coopératives de soins de santé, gérées dans la moitié des cas par des médecins dans certaines zones urbaines.

La Communauté de Valence a été encore plus loin dans le mouvement de privatisation de la gestion hospitalière confiant à une société d'assurance privée la gestion du principal hôpital de la ville. Elle a choisi, comme la communauté de Catalogne, de déléguer l'ensemble de la gestion du système de santé à une Agence de santé. La Communauté d'Andalousie est également une communauté dynamique en matière de gestion hospitalière et a obtenu des gains de productivité importants entre 1995 et 1999. Depuis le

début des années 2000, l'Andalousie s'est lancée dans une politique ambitieuse de rationalisation de son système de santé, dont l'un des axes est l'adoption d'un Plan de qualité avec la mise en place d'une Agence de qualité sanitaire, sous forme de fondation publique.

La Communauté de Madrid qui assume la gestion de 24 hôpitaux, 62 centres spécialisés, 348 centres de médecine générale et près de 49 000 employés, a également promulgué en 2001 un Plan Intégral de qualité sanitaire dont l'un des principaux objectifs est le meilleur accès aux services de santé et le libre choix de son praticien et de sa structure : une carte individuelle de santé permet à chaque citoyen d'être pris en charge dans un centre de santé du SNS. Comme l'Andalousie et l'Extremadure, Madrid a adopté un système de prix maximum pour les médicaments.

Le choix du médecin par le patient est enfin l'une des modalités d'organisation du système de soins qui diffère selon les communautés autonomes. Généralement, dans les centres de santé primaires, le libre choix du praticien n'est pas possible. Mais cette possibilité a été introduite en Andalousie et en Catalogne dans le cadre de la mise en place des équipes pluridisciplinaires de soins primaires. Dans les Îles Canaries, le libre choix du médecin généraliste n'est possible que dans les zones urbaines mais les patients sont autorisés à demander un second avis à un spécialiste.

### **Une organisation déconcentrée homogène au Portugal**

Au Portugal, les centres de santé primaires sont directement sous la responsabilité de l'autorité régionale de santé, à travers des coordinateurs de district sanitaire. La réforme initiée en 2002 avait autorisé les régions à transformer la gestion de certains centres de santé en leur accordant une plus grande autonomie administrative et financière mais cette réforme a été abandonnée. Un nouveau modèle de gestion a été promu concentrant les responsabilités exécutives entre les mains d'un seul directeur qui n'est pas forcément un médecin. Au Portugal, les disparités entre régions sont assez prononcées

9. Op. cit.

10. Bourret Christian et Tort i Barolet Jaume, « Maîtrise de l'information, amélioration des systèmes de santé et aménagement du territoire. L'exemple de la Catalogne et de la région Midi-Pyrénées », *Les journées d'études des systèmes d'informations élaborées*, L'île Rousse 14-18 octobre 2002, publié dans *International Journal of Info & Com Sciences for Decision Making*, n° 6, mars 2003, pp.162-172.

mais il n'y a pas de différence de modèles d'organisation entre les régions qui n'ont pas vraiment d'autonomie en la matière (tableau 2).

### Une évolution vers le fédéralisme fiscal pour financer le système de santé en Italie et en Espagne

En Italie, le financement du service national de santé est, depuis sa création, une source de controverses entre le gouvernement central et les régions.

Après la réforme de 1992, qui a transféré aux régions les cotisations sociales maladie collectées préalablement au niveau central, la loi de finances pour l'année 1998 a institué une taxe sur la production et les activités professionnelles (IRAP), prélevée au niveau régional et qui constitue leur principale ressource propre. Les régions n'avaient pas initialement la possibilité de fixer le taux de prélèvement (4,25 % en 1998) mais depuis 2001, elles disposent d'une marge de manœuvre de 1 %. Initialement, 90 % de cette taxe devait obligatoirement servir à financer le système de santé, ce qui limitait l'autonomie fiscale des régions. Les ressources provenant de l'IRAP sont très variables selon les régions, étant fonction de leur richesse et donc de la base d'imposition.

En 2000, les régions se sont, en outre, vues attribuer une part de la TVA et peuvent, par ailleurs, augmenter les taxes sur l'essence, ainsi que, dans une moindre mesure, la taxe additionnelle de l'impôt sur le revenu (IRPEF). Un décret pris la même année prévoit toutefois que les dépenses de santé par tête ne doivent pas s'écarter pour chaque région de plus de 10 % de la moyenne nationale.

La part de TVA distribuée aux régions par le Fonds national de solidarité était calculée en 2001, sur la base des dépenses historiques de chaque région. À partir de 2002, une part croissante des ressources émanant de la TVA (de 5 % à 28 % en 2005) devait être redistribuée en tenant compte des besoins des régions, sur une base se voulant plus équitable. En effet, le Fonds national de solidarité devait se fonder sur quatre critères pour modifier la part attribuée à chaque région : la taille de la population, les besoins spécifiques de santé, la capacité fiscale de la région et sa taille géographique. En réalité, ces critères n'ont pas été utilisés et les sommes destinées à la santé ont été réparties aux régions sur la base de négociations.

Pour 2006, la loi de finances prévoit un supplément d'un milliard d'euros pour la santé qui devraient être répartis entre les régions selon de nouveaux critères non encore définis. L'État a également accepté de couvrir une partie des déficits du service national de santé pour 2002, 2003 et 2004 (deux milliards d'euros).

En Espagne la réforme du mode de financement s'inscrit dans la logique des responsabilités sanitaires dévolues aux régions et étend leurs compétences en matière d'imposition.

À partir de 1997, une réforme axée sur le fédéralisme fiscal a transféré à toutes les communautés autonomes – sauf le Pays basque et la Navarre qui bénéficiaient depuis 1980 de la liberté fiscale – 30 % des impôts sur le revenu. En juillet 2001, ce processus de transfert a été complété par un accroissement de la part d'impôt sur le revenu attribuée aux régions (33 %), un transfert de 35 % de TVA et un pourcentage

variable (de 40 % à 100 %) de certaines taxes.

Aujourd'hui le financement des communautés autonomes repose donc sur des recettes fiscales (un tiers des recettes de la TVA, un tiers de l'impôt sur le revenu ainsi qu'un ensemble de taxes diverses sur l'essence, l'alcool, le tabac...), complétées par des transferts dont certains ont pour objectif de renforcer la solidarité entre elles. La réforme de 2004 étend, par ailleurs, leurs responsabilités fiscales en leur permettant de modifier les barèmes des impôts sur le revenu, dans certaines limites (elles sont, en particulier, obligées de conserver le principe de progressivité de l'impôt).

Le rééquilibrage territorial est prévu par le biais de trois mécanismes : un Fonds de cohésion compensant le coût de la mobilité des patients entre les régions mais aussi au niveau de l'Europe ; le Fonds dit de « suffisance » destiné à assurer que chaque communauté autonome dispose d'une capacité financière minimum pour faire face à ses responsabilités ; et enfin le Fonds d'égalisation qui, comme en Italie, a pour objectif de corriger les déséquilibres régionaux (tableau 3).

Face aux déficits chroniques accumulés par les services sanitaires des communautés autonomes qui atteignent, en 2005, 5,2 milliards d'euros<sup>11</sup>, un nouveau mode de financement du système de santé, qui redonnerait un rôle principal à l'État est envisagé, les communautés autonomes conservant toutefois dans ce cadre leur autonomie de gestion.

Au Portugal, le financement du service national de santé reste centralisé et assuré par les impôts collectés au niveau national et les régions ne disposent en la matière d'aucune autonomie financière.

6

T  
• 02

Portugal - Service national de santé - Nombre d'hôpitaux et de lits par régions

Régions	Hôpitaux généraux	Hôpitaux spécialisés	Hôpitaux District	Total Hôpitaux	% en lits	Lits pour 1 000 hab.
Nord	4	4	19	27	29,9	2,23
Centre	2	1	23	26	26,8	2,68
Lisbonne et vallée du Tage	7	9	13	29	36,1	2,57
Alentejo	0	0	5	5	4,1	2,15
Algarve	0	0	3	3	3,0	1,87

Source : Health System in Transition, Portugal, 2004.

11. En 2004, la dépense sanitaire totale s'est élevée à environ 44 milliards d'euros.

### Des inégalités prononcées entre régions en matière de financement et d'accès aux soins

Les tenants de la décentralisation mettent en avant généralement le fait qu'elle conduit à une plus grande efficacité du système grâce à une meilleure appréciation des besoins au niveau local, une efficacité plus importante et une soutenabilité financière plus pérenne. Les adversaires de ce type d'organisation soulignent pour leur part les risques d'inégalité d'accès aux soins, les difficultés pour déterminer les niveaux de compétences à transférer aux régions, le risque de duplication des services et enfin le problème des régions pauvres pour financer les services nécessaires, sans mécanismes de redistribution des fonds entre régions.

En Espagne, selon Ana Guillén et Santiago Alvarez<sup>12</sup>, le processus de décentralisation étant définitivement achevé, la question de la coordination par l'État central de l'ensemble du système se pose toutefois avec acuité en raison des risques d'accroissement des écarts entre régions en matière de couverture médicale. D'autant que le fédéralisme fiscal accentue ces différences entre elles compte tenu des écarts dans les capacités fiscales et donc, *in fine*, dans leurs capacités de dépense. Selon les régions, les dépenses de santé par habitant varient ainsi, en 2004, de 882 euros (Madrid) à 1 227 euros (La Rioja), sans que cela puisse se justifier en termes de population ou d'état de santé.

En Italie, la dépense de santé par habitant qui atteint un peu moins de 1 300 euros pour l'ensemble de l'Italie est beaucoup moins élevée dans les régions du Sud que dans les régions du Nord, d'à peine plus de 1 000 euros en Sicile et d'environ 1 100 euros en Calabre et dans les Pouilles, elle atteint presque 1 600 euros dans la province de Bolzano et dépasse 1 300 euros en Ligurie<sup>13</sup>.

12. Op. cit.

13. Facts and policies of the Italian National Health Service, 2003.

14. Op. cit.

Dans les trois pays, les inégalités d'offre et d'accès aux soins prononcées entre régions du Nord et régions du Sud, entre villes et zones rurales se sont réduites depuis la mise en place de services nationaux de santé. Toutefois des disparités importantes subsistent.

Valeria Fargion<sup>14</sup>, s'inquiète pour l'Italie des risques d'accentuation de la fracture Nord-Sud qui, selon elle « demeure pratiquement intacte trente ans après l'instauration du service national de santé ». Elle en veut pour preuve les différences importantes dans la fourniture des soins et le partage entre secteur public et privé. Ainsi, à Bolzano, le secteur public fournit 91 % des soins alors qu'en Sicile, il n'en réalise que 44 %, 40 % étant assurés par le secteur privé conventionné. Le pourcentage d'hospitalisation est plus élevé dans le sud du pays que dans le nord. Autre particularité, les régions du Sud consomment beaucoup plus de médicaments que les régions du Nord. (140 euros par habitant à Bolzano, 171 euros en Vénétie et de près de 230 euros en Campanie, en Calabre et

### T •03 Espagne - Dépenses publiques de santé par habitant et par Communauté autonome

	2003	2004
Andalousie	888,3	943,1
Aragon	1 053,3	1 054,2
Asturies	987,2	1 062,9
Baléares	807,2	786,6
Canaries	923,8	990,9
Cantabria	1 107,0	1 134,5
Castille-Leon	966,6	1 044,0
Castille-La Mancha	983,9	1 039,5
Catalogne	905,8	885,0
Communauté de Valence	814,5	895,4
Extremadure	1 000,5	1 065,6
Galice	923,2	983,5
Madrid	923,8	881,9
Murcie	942,1	973,2
Navarre	1 110,8	1 151,3
Pays basque	978,5	1 042,1
La Rioja	1 121,4	1 227,5

Source : Urbanos.

en Sicile). Les taux d'hospitalisation sont aussi beaucoup plus élevés dans le sud que dans le nord du pays passant de 261 pour 1000 en Sicile à 173 en Frioul

### T •04 Italie - Soins fournis par secteur, et régions

Régions	% des soins assurés par le secteur		
	public	privé conventionné	privé non conventionné
Piémont	82,0	8,5	8,3
Val d'Aoste	80,1	12,0	6,8
Lombardie	72,3	18,0	8,1
Bolzano	91,0	5,1	3,1
Trento	88,1	5,1	6,9
Vénétie	77,8	14,9	5,5
Frioul	83,3	7,5	7,7
Ligurie	74,0	12,6	12,7
Emilie-Romagne	78,7	8,7	10,9
Toscane	76,0	12,7	9,6
Ombrie	82,7	5,6	11,1
Marche	75,4	16,1	6,6
Latium	52,3	29,8	17,4
Abruzzes	74,9	13,7	10,8
Molise	77,2	10,6	11,7
Campanie	47,5	37,2	15,0
Pouilles	57,5	27,8	13,9
Basilicate	78,1	12,3	8,3
Calabre	64,4	25,0	10,2
Sicile	44,1	40,2	14,7
Sardaigne	71,4	17,9	9,5
<i>Italie</i>	67,4	20,5	10,9

Source : ministère de la Santé.

Vénétie Giulia et 176 au Piémont. En revanche, les régions du Nord ont beaucoup plus recours aux soins ambulatoires spécialisés que les régions du Sud (tableau 4). Ces écarts ne reflètent pas seulement des attitudes culturelles différentes vis-à-vis de la santé, mais sont aussi le reflet « du sous-développement des soins ambulatoires dans le Sud », particulièrement pour les soins de spécialistes. Par ailleurs, les migrations de malades du Sud vers les hôpitaux du Nord, particulièrement vers la Lombardie, la Vénétie et l'Émilie Romagne restent très importantes puisqu'elles

concernent environ un million de personnes chaque année.

En Espagne, l'offre de soins reste inégalement répartie sur l'ensemble du territoire espagnol (tableau 5). Dans les communautés autonomes qui ont reçu le transfert des compétences avant 2002, la densité d'infirmières est plus forte. Les écarts de densités médicales et de lits hospitaliers entre régions ainsi que le nombre d'hôpitaux spécialisés sont toujours importants. Ainsi, la moyenne en lits pour 100 000 habitants est de 386 mais est bien inférieure à la moyenne nationale en Castille Leone

(208 lits pour 100 000), en Andalousie (294), à Valence (279) et à Murcie (313). Toutefois, pour Guillen Lopez-Casasnovas<sup>15</sup>, ces écarts ne seraient cependant pas liés à la décentralisation et ne se seraient pas accrues depuis le mouvement de dévolution.

Les listes d'attente à l'entrée des soins secondaires sont de niveau différent suivant les communautés autonomes et particulièrement importantes à Madrid, où un cinquième des personnes inscrites pour une intervention chirurgicale viennent de régions limitrophes.

En conclusion, il semble que le rôle de l'État central dans les systèmes décentralisés de santé d'Europe du Sud s'avère aujourd'hui fondamental tant pour assurer l'équité d'accès et de niveau de soins que de financement. Le problème du financement du secteur de la santé reste, à cet égard, crucial, en particulier dans un contexte de maîtrise des dépenses. La décentralisation fiscale opérée en Italie et en Espagne est encore incomplète, et les derniers développements montrent que l'État central est toujours obligé d'intervenir pour réduire les déficits financiers des régions. En Espagne, on peut en outre constater que dans les deux régions qui bénéficient d'une totale autonomie fiscale (Pays basque et Navarre) les dépenses publiques de santé se sont accrues plus fortement que dans les autres régions<sup>16</sup>.

15. Lopez-Casasnovas, Health Economics.

16. Lopez-Casasnovas G, Rico A, La decentralizacion, parte del problema sanitario o de su solucion?, *Gaceta sanitaria* 17, 2003.

**T**  
**•05** Espagne - Densité de médecins, d'infirmiers et niveau d'équipement hospitalier par Communauté autonome en 2002

	Médecins (pour 1 000 habitants)	Infirmiers (pour 1000 habitants)	Nombre de lits d'hôpitaux	dont appartenant au SNS
Andalousie	3,9	4,2	23 689	16 818
Aragon	5,5	5,5	5 918	3 355
Asturies	4,9	5,3	4 563	3 116
Baléares	3,9	4,0	3 484	1 240
Canaries	3,7	3,8	8 336	3 190
Cantabria	4,7	4,8	2 501	1 511
Castille-Leon	3,3	4,1	9 974	6 309
Castille-La Mancha	4,7	5,2	5 504	4 146
Catalogne	4,5	5,6	31 456	4 601
Communauté de Valence	4,0	4,4	12 343	8 265
Extremadure	3,7	5,3	4 356	2 928
Galice	3,7	4,0	11 052	7 356
Madrid	5,4	5,7	22 580	10 343
Murcie	3,7	3,6	4 037	2 161
Navarre	5,2	7,7	2 511	1 543
Pays basque	4,6	5,4	8 811	5 787
La Rioja	4,3	5,2	924	625
<b>Espagne</b>	<b>4,3</b>	<b>4,9</b>	<b>162 108</b>	<b>83 329</b>

Source : Ministerio de Sanidad y Consumo.