

N° 247

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 1999-2000

Annexe au procès verbal de la séance du 1^{er} mars 2000.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la Commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission effectuée du 13 au 18 septembre 1999 par une délégation chargée d'étudier l'organisation des **systèmes de soins** et l'évolution des **dépenses de santé en Espagne**,*

Par MM. Jean DELANEAU, François AUTAIN, Charles DESCOURS, Claude HURIET, Henri LE BRETON, Dominique LECLERC et Mme Gisèle PRINTZ,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean Delaneau, *président* ; Jacques Bimbenet, Louis Boyer, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, MM. Guy Fischer, Jean-Louis Lorrain, Louis Souvet, *vice-présidents* ; Mme Annick Bocandé, MM. Charles Descours, Alain Gournac, Roland Huguet, *secrétaires* ; Henri d'Attilio, François Autain, Jean-Yves Autexier, Paul Blanc, Mme Nicole Borvo, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Gilbert Chabroux, Jean Chérioux, Philippe Darniche, Christian Demuynck, Claude Domeizel, Jacques Dominati, Michel Esneu, Alfred Foy, Serge Franchis, Francis Giraud, Claude Huriot, André Jourdain, Philippe Labeyrie, Roger Lagorsse, Dominique Larifla, Henri Le Breton, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Jacques Machet, Georges Mouly, Lucien Neuwirth, Philippe Nogrix, Mme Nelly Olin, MM. Lylian Payet, André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Bernard Seillier, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vezinhet, Jean-Pierre Vial, Guy Vissac.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	4
AVANT-PROPOS.....	10
I. UN ACCÈS AUX SOINS UNIVERSEL, QUASI GRATUIT ET DÉSORMAIS FINANCÉ PAR L'IMPÔT.....	12
A. TOUS LES ESPAGNOLS BÉNÉFICIENT DE LA COUVERTURE MALADIE.....	12
B. L'ACCÈS AU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ EST PRESQUE GRATUIT	13
C. LE FINANCEMENT REPOSE DÉSORMAIS EXCLUSIVEMENT SUR L'IMPÔT.....	15
D. LES DÉPENSES DE SANTÉ, QUI REPRÉSENTENT UNE PART MODESTE DU PIB, CONNAISSENT CEPENDANT UNE TRÈS FORTE CROISSANCE	18
II. UN SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ EN VOIE DE DÉCENTRALISATION RAPIDE.....	21
A. SEPT COMMUNAUTÉS AUTONOMES ONT BÉNÉFICIÉ DU TRANSFERT DE COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SANTÉ	21
B. LE RÔLE DE L'ETAT SERA BIENTÔT RÉSIDUEL POUR LA GESTION DU SYSTÈME, MAIS IL DEMEURE MAJEUR POUR SON FINANCEMENT	22
C. DEPUIS 1994, DES SCHÉMAS DE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ TENTENT DE DÉFINIR LES MODALITÉS DE RÉPARTITION DES RESSOURCES ET DE MAÎTRISER L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES	23
III. DES RÉFORMES RÉCENTES TENDANT À FREINER L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES PHARMACEUTIQUES ET À ASSOULIR LES MODALITÉS DE GESTION DE L'OFFRE DE SOINS PUBLIQUE	26
A. LES RÉFORMES DE LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT TENTENT DE MAÎTRISER L'ÉVOLUTION RAPIDE DES DÉPENSES	26
B. LES RÉFORMES ENTREPRISES AU SEIN DE L'INSALUD VISENT À ATTÉNUER LA LOURDEUR D'UNE GESTION PUBLIQUE ET CENTRALISÉE	27
1. <i>L'offre de soins de l'INSALUD apparaît aux responsables espagnols comme trop bureaucratique.....</i>	<i>27</i>
2. <i>Les pouvoirs publics veulent promouvoir la diffusion de nouvelles formes de gestion des hôpitaux publics.....</i>	<i>29</i>
3. <i>L'INSALUD a élaboré un Plan stratégique visant à moderniser l'offre de soins.....</i>	<i>31</i>
4. <i>Par contraste, l'organisation sanitaire dans certaines communautés autonomes apparaît comporter intrinsèquement plus de souplesse.....</i>	<i>33</i>
ANNEXE - PROGRAMME DE LA DÉLÉGATION DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	36

TRAVAUX DE LA COMMISSION

*Le mercredi 26 janvier 2000, sous la présidence de M. Jean Delaneau, président, la commission a entendu une **communication de M. Jean Delaneau, président, sur la mission d'information** qui s'est déroulée en Espagne du 13 au 18 septembre 1999 en vue d'étudier le système de santé espagnol et l'évolution des dépenses de santé dans ce pays.*

M. Jean Delaneau a rappelé que la commission avait toujours choisi d'effectuer des missions d'informations dans des pays étrangers qui, bien qu'ayant une culture, des traditions et des systèmes sociaux spécifiques, étaient confrontés à des défis comparables à ceux qui caractérisent la France. Il a indiqué que les membres de la mission avaient été particulièrement désireux d'étudier les conditions de la décentralisation de la gestion du système de santé espagnol, les réformes tendant à renforcer l'autonomie de gestion des établissements de santé ainsi que la politique du médicament.

Il a rappelé que la délégation, qu'il présidait, était composée de MM. les questeurs François Autain et Claude Huriet, de MM. Charles Descours, Henri Lebreton et Dominique Leclerc, et de Mme Gisèle Printz.

Compte tenu de l'organisation administrative décentralisée de l'Espagne, le choix a été fait de scinder cette mission en deux étapes.

La première, qui s'est déroulée à Madrid, a eu pour objet d'étudier tant le mode de gestion centralisé du système de santé pour les dix communautés autonomes qui n'ont pas encore fait l'objet d'un transfert de compétences en matière de santé, que la coordination opérée par l'Etat entre les politiques de santé conduites par les sept communautés autonomes qui disposent de telles compétences.

La seconde étape de la mission s'est déroulée en Catalogne, une des sept communautés disposant de compétences sanitaires. Elle a eu pour objet l'étude des spécificités de l'organisation sanitaire et de la politique de santé dans une communauté dite « historique ».

M. Jean Delaneau a observé que deux statistiques concernant l'Espagne retenaient l'attention : d'une part, la part du produit intérieur brut (PIB) consacrée à la santé était inférieure à celle de la France et, d'autre

part, l'espérance de vie à la naissance des Espagnols était voisine, si ce n'est supérieure, à celle des Français.

*Dans une première partie de son intervention, **M. Jean Delaneau** a indiqué que l'accès au système espagnol de santé était universel, presque gratuit, et désormais financé par l'impôt.*

En effet, la Constitution espagnole de 1978, en son article 43, est venue consacrer un droit universel à la santé que l'Etat est chargé de mettre en œuvre. A l'heure actuelle, environ 99,5 % de la population résidente dispose d'une carte santé ouvrant droit au système public de santé, les quelque 0,5 % restants étant des personnes qui ont choisi de n'avoir recours qu'à l'offre de soins privée et n'ont pas demandé de carte.

***M. Jean Delaneau** a rappelé que la couverture maladie s'exprimait, en Espagne, par un droit d'accès gratuit au système public de santé, c'est-à-dire à la médecine générale, à la médecine spécialisée et à l'hôpital, que le tiers payant était généralisé, et qu'il n'y avait pas de ticket modérateur, sauf pour certaines dépenses pharmaceutiques.*

Il a observé que les modalités du financement de la santé avaient profondément évolué depuis les dix dernières années, dans un contexte de forte croissance des dépenses.

En effet, jusqu'en 1988, le système était majoritairement financé par les cotisations sociales payées par les entreprises dans le cadre de la sécurité sociale. Un progressif basculement des cotisations sociales vers l'impôt a été opéré, en vue de distinguer d'une part les dépenses de protection sociale de type assurantielles, comme les retraites, et d'autre part les dépenses de solidarité au premier rang desquelles figurent les dépenses de santé : en 1999, l'Etat assume désormais 98,44 % de ces dernières dépenses.

***M. Jean Delaneau** a ensuite affirmé que le système espagnol de santé était en voie de décentralisation rapide.*

En effet, si le système de santé est public, la compétence de sa gestion n'appartient plus, dans toutes les communautés autonomes, à l'Etat central : la Constitution du 31 octobre 1978 avait en effet prévu, dans son article 148, que les communautés pourraient revendiquer et assumer la compétence en matière de santé.

De fait, le transfert de compétences sanitaires au profit des communautés autonomes a été organisé à partir de 1981, et a d'abord concerné celles des communautés « historiques » qui revendiquaient un tel transfert.

Les communautés autonomes concernées par ces transferts représentent 10 communautés sur 17, mais déjà 62 % de la population espagnole. L'ensemble des compétences et du système sanitaire devrait être complètement transféré aux communautés autonomes d'ici 2002-2004.

*Pour autant, a estimé **M. Jean Delaneau** le rôle de l'Etat n'est pas appelé à disparaître. L'article 149 de la Constitution espagnole dispose en effet que la coordination générale du système, la politique du médicament, la législation et les relations internationales demeureront de la compétence de l'Etat. A travers le financement, l'Etat conserve un rôle majeur dans le système de santé espagnol, même si l'on peut s'interroger sur la pérennité d'un dispositif dans lequel les autorités responsables des dépenses ne sont pas celles qui ont le pouvoir de déterminer ou de faire évoluer les financements.*

D'ores et déjà, l'Etat doit coopérer avec les communautés dans ce domaine. Les conditions de la politique régionale de santé sont en effet définies, depuis 1987, par voie de consensus au sein d'un Conseil interterritorial qui réunit des représentants de l'Etat et des communautés autonomes. Et des Catalans, notamment, réclament, pour leur Communauté autonome, un pouvoir fiscal qui permettrait d'adapter les ressources de son système de santé à celles de ses habitants.

***M. Jean Delaneau** a ensuite évoqué les défis auxquels est confronté le système de santé espagnol et les réponses qui leur ont jusqu'ici été apportées.*

Il a indiqué que la principale préoccupation des responsables espagnols du système de santé était la dérive des dépenses pharmaceutiques, que le Gouvernement tentait d'endiguer depuis une dizaine d'années.

Il a estimé que la progression des dépenses résultait de la faible participation de l'assuré au financement des dépenses de santé, du vieillissement de la population, ainsi que de la tendance à la hausse des prix moyens des médicaments en raison de la progressive unification du marché européen et des innovations technologiques.

Il a évoqué les mesures prises par le Gouvernement en la matière : établissement d'une « liste négative » de médicaments non pris en charge par l'assurance maladie, développement d'une politique de génériques, peu présents jusque-là sur le marché espagnol en raison du prix moyen peu élevé des médicaments, baisse du prix de vente des médicaments par les laboratoires, réduction des marges des grossistes et des pharmaciens et, enfin, à partir de 2001, entrée en vigueur d'un système de prix de référence pour des groupes de médicaments.

M. Jean Delaneau a également estimé que la lourdeur de la gestion du système de santé géré directement par l'INSALUD contrastait avec la souplesse de l'organisation sanitaire dans certaines communautés autonomes.

Il a ainsi rappelé que l'organisation du système de santé espagnol était de type administratif : le territoire est découpé en « aires de santé », puis en « zones de santé » au sein desquelles existe au moins un centre de soins primaires, qui délivre des soins infirmiers et des consultations de médecine générale, et orientent ensuite, si nécessaire, le patient vers des consultations spécialisées.

M. Jean Delaneau a souligné que la visite d'un tel centre par la mission à Barcelone avait tout de même montré que l'accès au système de santé, en Espagne, se caractérisait par de nombreuses contraintes qui n'existaient pas en France : le personnel des centres a des horaires de bureau et les installations traduisent le caractère très « collectif » des consultations.

Il a affirmé que la lourdeur du système sanitaire espagnol était également importante dans les hôpitaux publics gérés directement par l'INSALUD. Cette lourdeur affecte les conditions dans lesquelles sont soignés les patients, avec l'existence de listes d'attente importantes. Elle concerne aussi la gestion hospitalière, et notamment la gestion financière. Ainsi, les hôpitaux publics n'ont pas de trésorerie propre, et les pouvoirs des directeurs sont très limités, en particulier pour la gestion des personnels.

Il a souligné que la conscience des effets pervers de cette lourdeur avait conduit les autorités espagnoles à expérimenter de nouvelles formes de gestion, au moins en ce qui concerne des hôpitaux nouvellement construits, et que, le Parlement avait établi le principe de la transformation progressive des hôpitaux publics en « Fondations publiques sanitaires » dotées d'une plus grande autonomie de gestion.

M. Jean Delaneau a enfin observé que des communautés comme la Catalogne disposaient d'une organisation sanitaire qui autorisait intrinsèquement plus de souplesse.

En effet, pour des raisons historiques, la Catalogne ne dispose pas d'un réseau d'hôpitaux publics suffisant pour satisfaire les besoins. En revanche, depuis longtemps, existaient de nombreuses structures hospitalières dépendant de l'Eglise, de sociétés mutualistes, de collectivités locales, ou à capital mixte public/privé.

Le service catalan de santé « achète » ainsi des activités hospitalières à des établissements qui, pour 70 % de l'activité, sont de droit privé et, pour seulement 30 %, de droit public.

M. Jean Delaneau a indiqué à cet égard que le système hospitalier catalan semblait plus performant, du point de vue des coûts, que le système public à gestion centralisée : ainsi, le coût salarial dans les établissements privés est inférieur d'un quart au coût salarial dans les hôpitaux publics. La contrainte de l'ajustement repose donc essentiellement sur les établissements de santé privés, qui ne sont de surcroît pas autorisés à faire des bénéfices.

Tant en ce qui concerne la politique pharmaceutique que la politique hospitalière, **M. Jean Delaneau** a ainsi estimé très audacieuses les évolutions récentes du système espagnol et affirmé qu'elles méritaient, en bien des aspects, d'être prises en considération.

M. Jean Chérioux a observé que le système de santé espagnol semblait proche du modèle du National Health Service en Grande-Bretagne. Il a demandé quelle était la place de la médecine libérale au sein de l'offre de soins en Espagne et s'il existait dans ce pays un ticket modérateur d'ordre public.

M. Jean Delaneau a précisé que la médecine libérale avait une place peu importante en Espagne et qu'il n'existait pas de ticket modérateur d'ordre public. Il a toutefois observé que la part laissée aux assurés sociaux dans le financement de la dépense de santé était résiduelle en Espagne et ne concernait que le médicament et certains soins dentaires.

M. Francis Giraud a demandé si la qualité et la technicité de l'offre de soins espagnole expliquaient les bonnes performances de ce pays en matière d'espérance de vie à la naissance.

M. Jean Delaneau a souligné que, s'il existait des services hospitaliers très performants en Espagne, l'offre de soins n'y était pas pour autant homogène sur tout le territoire et que d'autres facteurs que la qualité du système de santé expliquaient, dans tous les pays, les performances en matière d'espérance de vie.

M. Claude Huriet a indiqué qu'il avait beaucoup attendu de sa participation à la mission d'information en Espagne en raison de son attachement personnel à l'idée de régionalisation. Il s'est cependant déclaré déçu par les modalités d'une décentralisation qui ne concernait pour l'instant que des communautés autonomes riches et qui ne semblait pas présenter les avantages que l'on attendait habituellement d'une régionalisation, à savoir le raccourcissement des circuits de décision et la responsabilité des acteurs. Il a observé que le consensus sur les critères de répartition des financements entre communautés autonomes était très difficile à obtenir et que ces critères, centrés sur le nombre d'habitants par communauté, ne permettaient pas de réduire les inégalités sur l'ensemble du territoire espagnol. Il a estimé utile que la commission étudie à nouveau le système de santé espagnol dans trois

ou quatre ans, lorsque l'ensemble des communautés autonomes auront bénéficié du transfert des compétences sanitaires. Il a demandé à M. Jean Delaneau, président, s'il existait des listes d'attente de patients dans les hôpitaux publics.

M. Jean Delaneau lui a répondu par l'affirmative et a indiqué que le système national de santé espagnol avait récemment passé des conventions avec des cliniques privées afin de réduire les listes d'attente dans les hôpitaux publics.

Mme Gisèle Printz s'est déclarée satisfaite par la mission d'information en Espagne et a observé que, tant en ce qui concerne le financement de l'assurance maladie par l'impôt qu'au regard de l'objectif d'universalité de la couverture maladie, l'Espagne était en avance sur la France.

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Votre commission des Affaires sociales a toujours choisi d'effectuer des missions d'information dans des pays étrangers qui, bien qu'ayant une culture, des traditions et des systèmes sociaux spécifiques, sont confrontés à des défis comparables à ceux qui caractérisent la situation française.

L'étude des solutions retenues, des réformes entreprises par ces pays guide, ou du moins éclaire, le travail du législateur.

Au cours des dernières années, des délégations de votre commission se sont ainsi rendues au Japon pour étudier les systèmes de retraites, en Suède pour mieux connaître le cadre des relations du travail, et à deux reprises aux Etats-Unis, une première fois pour étudier la réforme du système de santé et une seconde pour mieux comprendre les conditions du développement des nouvelles thérapies génique et cellulaire.

Il y a deux ans, une mission d'information a également été organisée au Danemark pour étudier un système de santé très différent du nôtre, mais aux performances réelles en termes de maîtrise des dépenses.

C'est dans cette tradition que votre commission a décidé de consacrer une mission d'information à l'organisation du système de soins et à l'évolution des dépenses de santé en Espagne.

Elle a eu notamment pour objet d'étudier les conditions de la décentralisation de la gestion du système de santé, les réformes tendant à renforcer l'autonomie de gestion des établissements de santé ainsi que la politique du médicament.

La mission s'est déroulée du 13 au 18 septembre 1999.

Composition de la délégation

- M. Jean Delaneau, président, RI, sénateur d'Indre-et-Loire,
- M. François Autain, questeur, Soc, sénateur de Loire-Atlantique,
- M. Charles Descours, RPR, sénateur de l'Isère,
- M. Claude Huriet, questeur, UC, sénateur de Meurthe-et-Moselle,
- M. Henri Le Breton, UC, sénateur du Morbihan,
- M. Dominique Leclerc, RPR, sénateur d'Indre-et-Loire,
- Mme Gisèle Printz, Soc, sénateur de Moselle.

Compte tenu de l'organisation administrative décentralisée de l'Espagne, cette mission s'est déroulée en deux étapes.

La première, à Madrid, a eu pour objet d'étudier tant le mode de gestion centralisé du système de santé pour les dix communautés autonomes qui n'ont pas encore fait l'objet d'un transfert de compétences en matière de santé, que la coordination opérée par l'Etat entre les politiques de santé conduites par les sept communautés autonomes qui disposent de la compétence sanitaire.

La seconde étape de la mission s'est déroulée en Catalogne, une des sept communautés disposant de compétences sanitaires. Elle a eu pour objet l'étude des spécificités de l'organisation sanitaire et de la politique de santé dans une communauté dite « *historique* ».

La délégation souhaite exprimer ses remerciements les plus vifs, non seulement aux personnalités qui lui ont accordé des entretiens, mais aussi à M. Patrick Leclercq, Ambassadeur de France en Espagne qui, malgré un emploi du temps très chargé en raison de la préparation de la visite de M. Jacques Chirac, Président de la République, a chaleureusement accueilli la délégation et a prévu, à son attention, un programme de travail de grande qualité.

Elle remercie également M. Thierry Vanberk Hoven, Ministre conseiller, pour son accueil, M. Jacques Pé, Conseiller pour les affaires sociales et M. Nicolas Eybalin, Premier conseiller, qui ont apporté un concours efficace et constant à l'organisation et au bon déroulement de la mission d'information.

La délégation remercie vivement aussi M. Pierre Charasse, Consul général à Barcelone, qui a organisé nos rencontres dans cette ville et l'y a très aimablement accueillie.

La délégation souhaite également remercier M. Carlos de Benavides y Salas, Ambassadeur d'Espagne en France, qui a apporté un concours efficace à l'organisation de la mission.

I. UN ACCÈS AUX SOINS UNIVERSEL, QUASI GRATUIT ET DÉSORMAIS FINANCÉ PAR L'IMPÔT.

L'Espagne, avec un peu plus de 39 millions d'habitants, dispose d'un PIB par habitant sensiblement inférieur à celui de la France (13.900 euros, contre 18.900 euros à parité de pouvoir d'achat).

Mais deux statistiques attirent l'attention :

- d'une part, la part du PIB consacrée à la santé est inférieure à celle de la France (7,4 % contre 9,9 %) ;

- d'autre part, -et même si elle ne dépend pas que de la qualité du système de santé-, l'espérance de vie à la naissance des Espagnols est voisine, si ce n'est supérieure, à celle des Français : 74,4 ans contre 74,1 ans en France pour les hommes, 81,6 ans contre 82 ans en France pour les femmes.

En outre, l'Espagne se caractérise par la quasi-gratuité de la santé pour tous les résidents.

L'ensemble de ces caractéristiques conduit à s'interroger sur l'organisation, la gestion, et la qualité du système de santé espagnol.

A. TOUS LES ESPAGNOLS BÉNÉFICIENT DE LA COUVERTURE MALADIE

L'universalisation du droit à la santé s'est réalisée progressivement en Espagne, à partir de la loi du 4 décembre 1942 instituant un système de sécurité sociale obligatoire qui couvrait à l'origine 22 % de la population.

En 1962, 49,5 % de la population bénéficiaient de la couverture maladie.

La Constitution espagnole de 1978, en son article 43, est venue consacrer un droit universel à la santé que l'Etat est chargé de mettre en œuvre.

A l'heure actuelle, environ 99,5 % de la population résidente disposent d'une carte santé ouvrant droit au système public de santé, les quelque 0,5 % restant étant des personnes qui ont choisi de n'avoir recours qu'à l'offre de soins privée et n'ont pas demandé de carte.

La protection maladie est assurée par la sécurité sociale pour l'immense majorité des Espagnols (93 %), par des mutuelles pour les fonctionnaires des administrations centrales, les militaires et magistrats (environ 5 % de la population) et par l'Assistance publique pour environ 2 % des Espagnols.

Elle bénéficie aux personnes actives, aux pensionnés, aux bénéficiaires de prestations sociales, aux personnes ne disposant pas de ressources suffisantes, ainsi qu'à leurs ayants droit.

Cette protection s'exprime exclusivement par des prestations en nature : il n'y a pas de remboursement de dépenses, mais accès à un service public de soins. L'accès à l'offre privée n'est pas pris en charge, sauf lorsqu'il résulte de conventions passées entre le public et le privé, notamment en vue de réduire les listes d'attente hospitalières ou, par exemple, en cas d'urgence vitale.

Il faut toutefois noter que 13 % environ des citoyens espagnols, notamment des fonctionnaires, ont choisi de souscrire une assurance privée de santé qui leur ouvre le droit de s'adresser au système privé de santé, notamment aux cliniques privées. Les taux d'adhésion aux assurances privées sont plus élevés dans certaines régions riches de l'Espagne, comme le Pays basque ou la Catalogne.

B. L'ACCÈS AU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ EST PRESQUE GRATUIT

La couverture maladie s'exprime, en Espagne, par un droit d'accès gratuit au système public de santé, c'est-à-dire à la médecine générale, à la médecine spécialisée et à l'hôpital.

Le tiers payant est généralisé, et il n'y a de ticket modérateur, que pour certaines dépenses pharmaceutiques :

- tout d'abord, seuls les médicaments ne figurant pas sur une « *liste négative* » sont pris en charge par le système ;

- les médicaments sont délivrés gratuitement à l'hôpital, ou pour certaines personnes âgées de plus de 65 ans ou invalides ;

- un ticket modérateur de 40 % existe dans les autres cas ; il est de 30 % pour les mutuelles de fonctionnaires. En outre, pour les médicaments délivrés aux malades atteints d'une maladie chronique, le ticket modérateur est réduit à 10 % et il est plafonné.

La dépense de santé en Espagne est donc essentiellement une dépense publique.

Le système national de santé auquel donne accès la couverture médicale est organisé par une institution publique, l'INSALUD, placée sous la double tutelle du ministère de la santé et de la consommation et du ministère du travail et de la sécurité sociale.

Au sein de l'INSALUD, comme dans les communautés autonomes compétentes en matière de santé, l'organisation du système de santé espagnol est une organisation de type administratif : le territoire est découpé en « *aires de santé* », puis en « *zones de santé* » au sein desquelles existe au moins un centre de soins primaires qui constitue le « *gatekeeper* » du système. L'accès aux soins est réalisé au sein des aires et zones de santé.

Il existe 2.488 zones de santé, qui couvrent chacune 20 à 30.000 personnes. Les aires de santé, au nombre de 126, couvrent environ 250.000 personnes : chacune comporte au moins un hôpital et deux centres de consultations externes.

Les centres de soins primaires délivrent des soins infirmiers, de médecins généralistes, de pédiatres et de chirurgiens-dentistes, qui orientent ensuite, si nécessaire, le patient vers des consultations spécialisées.

Les « soins hospitaliers », en Espagne, concernent l'ensemble de la médecine spécialisée, ambulatoire ou hospitalière. Il existe 787 hôpitaux, comprenant 168.000 lits, soit une offre hospitalière inférieure à l'offre française : la France compte en effet 8,95 lits pour 1.000 habitants, contre 4,23 en Espagne.

L'offre de soins privée, non prise en charge par le système de couverture publique, ne représente pas pour autant une part insignifiante au sein du système de santé espagnol : si les malades s'adressent, dans l'immense majorité des cas, aux centres de soins primaires pour leurs consultations de médecine générale, la médecine privée réalise le quart des consultations de médecine spécialisée.

C. LE FINANCEMENT REPOSE DÉSORMAIS EXCLUSIVEMENT SUR L'IMPÔT

Les modalités du financement du système de santé ont profondément évolué depuis les dix dernières années en Espagne, dans un contexte de forte croissance des dépenses.

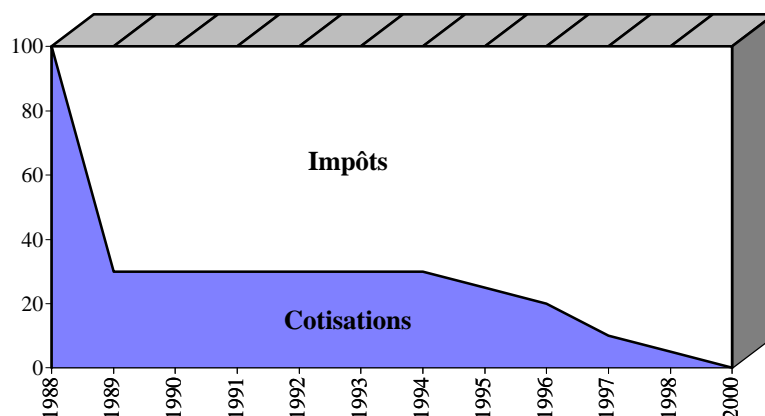
Jusqu'en 1988, le système était majoritairement financé par les cotisations sociales payées par les entreprises dans le cadre de la sécurité sociale : l'Etat ne finançait ainsi à cette date que 25,15 % des dépenses et les autres financeurs 5,25 %. 69,6 % des dépenses étaient ainsi pris en charge par la sécurité sociale.

Un progressif basculement des cotisations sociales vers l'impôt a été opéré, en vue de distinguer, d'une part, les dépenses de protection sociale de type assurantielles, comme les retraites, et, d'autre part, les dépenses de solidarité au premier rang desquelles figurent les dépenses de santé. Ce basculement, compte tenu des besoins de financement du système de retraites, ne s'est toutefois pas accompagné d'une baisse des cotisations sociales.

En 1995, le financement du système de santé était majoritairement assuré par l'Etat, à hauteur de 77,35 %, la sécurité sociale ne finançant plus que 20,37 % des dépenses et les autres financeurs 2,28 %.

En 1999, le basculement est quasi complet : l'Etat assume 98,44 % des dépenses, la sécurité sociale n'en finance plus, seule demeurant la catégorie marginale des autres financeurs avec 1,56 % des dépenses.

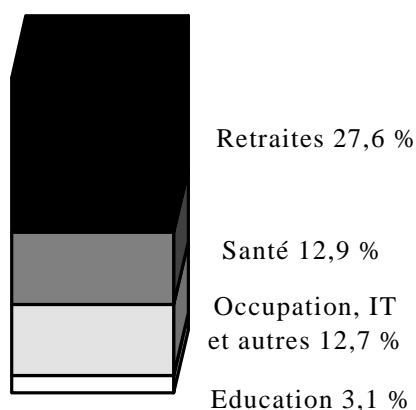
Evolution du financement de l'Insalud



Source : Généralité de Catalogne

Les dépenses sociales constituent désormais, avec plus de la moitié du budget de l'Etat, le poste de dépenses publiques le plus élevé. En leur sein, les dépenses publiques de santé, qui s'élèvent à 4.000 milliards de pesetas, soit 164 milliards de francs, représentent 12,9 % du budget général de l'Etat. Ce pourcentage est deux fois inférieur à celui des dépenses de retraites.

Dépense sociale du budget de l'Etat (1999)



Budget général de l'Etat : 1.276 milliards de francs

Dépense sociale : 720 milliards de francs

dont dépense en santé : 164 milliards de francs

Source : Généralité de Catalogne

L'essentiel de la dépense budgétaire est affecté au financement de l'offre de soins : l'administration centrale de la santé et les actions publiques relatives à la santé (coordination, relations internationales...) représentent en effet moins d'un point de ces dépenses.

Comme l'illustre le tableau suivant, l'offre publique de soins est diversifiée : elle comprend aussi bien la médecine générale ou spécialisée que l'hôpital. En ce qui concerne la nature de l'offre, il faut noter, à côté des grands postes de dépenses que constituent l'INSALUD ou les services de santé gérés par les Communautés autonomes, les hôpitaux militaires, la médecine maritime, l'assistance sanitaire du mutualisme administratif et celle du mutualisme patronal.

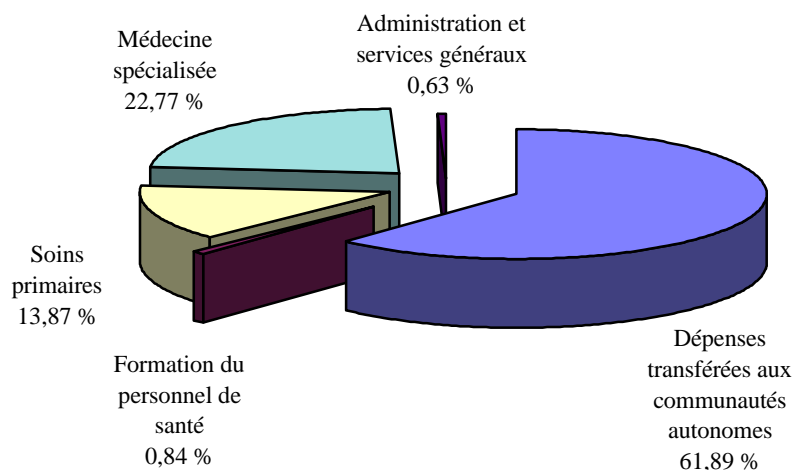
Structure de la dépense de santé dans le budget de l'Etat (1999)

(millions de pesetas)

	Montant	%
4.1 - Santé		
4.1.1. Administration générale de la santé	29.555.329	0,72
4.1.1.A. Direction des services généraux de santé	28.773.207	0,70
4.1.1.B Formation de santé publique et administration sanitaire	782.122	0,02
4.1.2. Hôpitaux, services de soins et centres de santé	4.087.579.083	99,15
4.1.2.B Hôpitaux militaires	43.445.834	1,05
4.1.2.H. Centre de soins primaires, Insalud gestion directe	561.235.435	13,61
4.1.2.I.Médecine spécialisée, Insalud gestion directe	920.443.675	22,33
4.1.2.J. Médecine maritime	2.227.342	0,05
4.1.2.K. Dépenses de santé gérées par les communautés autonomes	2.243.740.784	54,43
4.1.2.L. Dépenses de santé - Mutualisme administratif	216.004.994	5,24
4.1.2.M. Dépenses de santé (soins primaires) - Mutualisme patronal	70.166.100	1,70
4.1.2.N. Dépenses de santé (médecine spécialisée) - Mutualisme	30.126.774	0,73
4.1.2.P. Planification des services sanitaires	188.145	0,01
4.1.3. Actions publiques relatives à la santé	5.690.188	0,13
4.1.3.B. Offre et usage rationnel des médicaments et biens de santé	1.794.145	0,04
4.1.3.C. Action internationale et coordination générale de la santé	3.896.043	0,09
Total	4.122.824.600	100,0

Source : Presupuesto Insalud 1999 - Ministère de la santé et de la consommation

Dépenses du système de santé (1999) Classification fonctionnelle



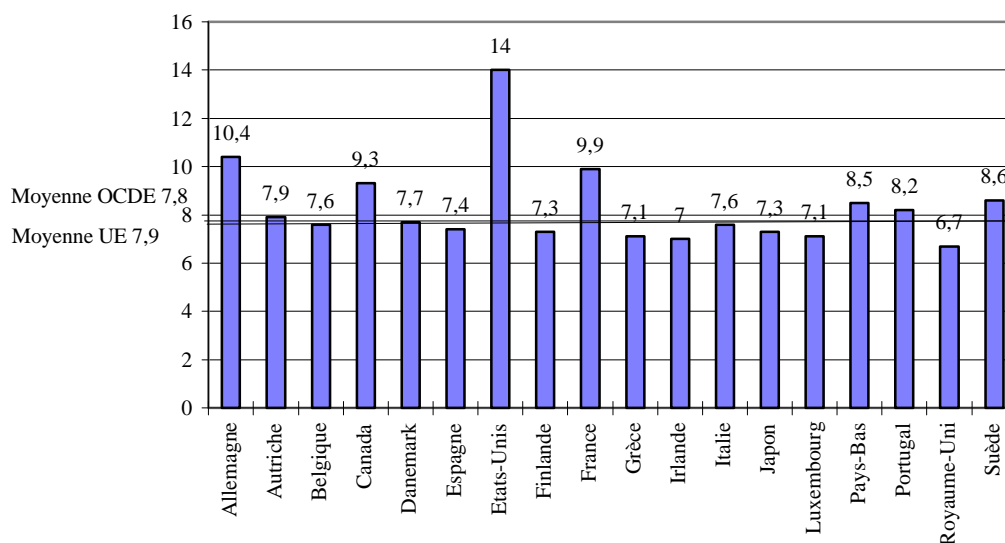
Source : Presupuesto Insalud 1999 - Ministère de la santé et de la consommation

D. LES DÉPENSES DE SANTÉ, QUI REPRÉSENTENT UNE PART MODESTE DU PIB, CONNAISSENT CEPENDANT UNE TRÈS FORTE CROISSANCE

Les Espagnols consacrent à la santé (dépenses publiques et privées) une part du PIB inférieure à la moyenne européenne, et très sensiblement inférieure à celle qui est constatée en France.

En effet, alors que la moyenne européenne se situe à 7,9 % du PIB, l'Espagne ne dépense que 7,4 % de son produit intérieur brut à la santé. Ce chiffre est de 9,9 % en France, soit 2,5 points de PIB de plus. Avec un PIB de 8.564 milliards de francs en 1998 dans notre pays, l'application d'un taux de dépenses sanitaires de 7,7 % correspondrait ainsi à des dépenses inférieures de **214 milliards de francs** à celles qui ont effectivement été constatées au cours de cette année.

Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB (1997)



Source : Généralité de Catalogne

Au cours des dix dernières années, l'évolution des dépenses publiques de santé en Espagne a cependant été très rapide : les dépenses inscrites au budget initial de l'Etat sont ainsi passées, entre 1988 et 1999, de 1.350 à 4.046 milliards de pesetas.

Certes, si l'on tient compte du décalage entre crédits inscrits au budget et dépenses exécutées, la progression est un peu moindre : les dépenses exécutées en 1998 ont été de 3.910 milliards de pesetas, contre 1.497 en 1988, soit une progression réelle de 160 % en dix ans.

L'écart entre crédits inscrits au budget initial et dépenses exécutées témoigne du faible degré de maîtrise de l'évolution des dépenses. Il traduit peut-être aussi une volonté de susciter, par des effets d'annonce, des comportements de maîtrise de la part des offreurs et des consommateurs de soins.

Cet écart, qui s'est réduit à partir de 1995, a été massif au cours de la première moitié des années 1990 : il s'est ainsi élevé, en 1992, à 19 % des crédits initialement ouverts.

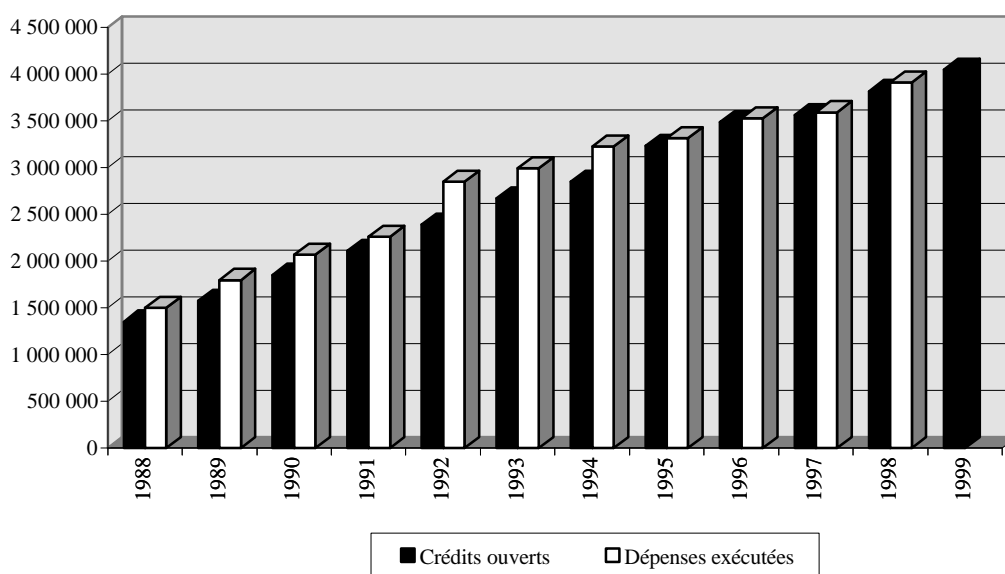
De fait, pour 1993, le montant des crédits ouverts, soit 2.671 milliards de pesetas, a été inférieur aux dépenses réellement constatées pour 1992, qui se sont élevées à 2.845 milliards de pesetas. Comme il est rare, dans les pays développés, que les dépenses de santé baissent d'une année sur l'autre, les dépenses constatées en 1993 ont bien entendu été supérieures aux crédits inscrits : elles se sont en effet élevées à 2.991 milliards de pesetas.

Depuis 1995, l'effort de l'Espagne dans le cadre de la préparation de l'entrée dans l'euro s'est traduit par un taux plus modeste de progression des dépenses, ainsi que par des écarts significativement plus faibles entre crédits inscrits au budget initial et dépenses exécutées.

Le meilleure performance, de ce double point de vue, a été réalisée en 1997, avec 3.561 milliards de pesetas de crédits ouverts en début d'année et 3.591 milliards de pesetas dépensées, et un taux réel de progression des dépenses de 1,8 % seulement.

En 1998, l'écart entre prévisions et réalisations a représenté une centaine de milliards de pesetas et le taux de progression annuel et réel des dépenses, bien qu'en décroissance par rapport à celui du début des années 1990, demeure élevé : il s'est élevé à 8,8 %.

Dépenses de santé - budget de l'Etat Evolution des crédits ouverts et des dépenses exécutées (1988-1999)



Source : Presupuesto Insalud 1999 - Ministère de la santé et de la consommation

Pour 1999, le budget initial de la santé a retenu un taux de progression des dépenses de 6 % par rapport à 1998.

Les facteurs explicatifs de l'augmentation des dépenses en Espagne ne sont pas très différents de ceux qui sont constatés dans les autres pays de l'Union européenne : amélioration du niveau de vie et augmentation corrélative des besoins d'accès au système de santé, vieillissement de la population, amélioration des techniques médicales et, comme dans d'autres pays à prix du médicament administré, élévation du prix moyen des médicaments.

La progression des dépenses de santé en Espagne au cours des dernières années a été beaucoup plus rapide que celle du PIB, passant de 5,7 % du PIB au début des années 80 à 7,9 % en 1997, dont 6 % du PIB de dépenses publiques de santé.

II. UN SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ EN VOIE DE DÉCENTRALISATION RAPIDE

Le système national de santé espagnol est organisé selon les principes établis par la Loi générale sur la santé du 25 avril 1986 qui a posé la règle d'une gestion publique des services de santé, incluant la médecine générale et spécialisée et les hôpitaux.

A. SEPT COMMUNAUTÉS AUTONOMES ONT BÉNÉFICIÉ DU TRANSFERT DE COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Si le système de santé est public, la compétence de sa gestion n'appartient plus, pour toutes les communautés autonomes, à l'Etat central : la Constitution du 31 octobre 1978 avait en effet prévu, dans son article 148, que les communautés pourraient revendiquer et assumer la compétence en matière de santé.

De fait, le transfert de compétences sanitaires au profit des communautés autonomes a été organisé à partir de 1981 : il a répondu à des préoccupations politiques, au moment où l'Espagne venait de faire face à une tentative de coup d'Etat. Il a d'abord concerné celles des communautés « historiques » qui revendiquaient ce transfert.

Le transfert s'est donc opéré selon des modalités très *pragmatiques*, sans que, notamment du point de vue financier, tous les arbitrages nécessaires aient été réalisés au préalable. Il a concerné les compétences, les structures et les personnels de santé. Ceux-ci ont conservé leur statut de fonctionnaire et disposent des mêmes droits qu'auparavant, à l'exception de quelques différences en matière de rémunération, pour sa partie variable.

Les transferts ont ainsi concerné :

- en 1981, la Catalogne (décret royal 1517/1981 du 8 juillet 1981) ;
- en 1984, l'Andalousie (décret royal 400/1984 du 22 février 1984) ;
- en 1987, le Pays basque et Valence (décrets royaux 1536/1987 et 1612/1987 des 6 et 27 novembre 1987) ;
- en 1990, la Galice et la Navarre (décrets royaux 1679/1990 et 1680/1990 du 28 décembre 1990) ;

- et, en 1994, les Canaries (décret royal 446/1994 du 11 mars 1994).

Les communautés autonomes concernées par ces transferts ne représentent que sept communautés sur dix-sept, mais déjà 62 % de la population espagnole.

L'ensemble des compétences et du système sanitaire devrait être complètement transféré aux communautés autonomes d'ici 2002-2004.

Si le transfert, organisé pour des raisons politiques, a été très rapide au départ, il prend plus de temps pour certaines communautés qui n'expriment pas d'aussi fortes revendications d'autonomie que le Pays basque ou la Catalogne, par exemple. Il suppose aussi la mise à niveau préalable des infrastructures sanitaires afin de garantir l'existence d'une offre de soins homogène sur l'ensemble du territoire.

B. LE RÔLE DE L'ETAT SERA BIENTÔT RÉSIDUEL POUR LA GESTION DU SYSTÈME, MAIS IL DEMEURE MAJEUR POUR SON FINANCEMENT

L'INSALUD, placé sous la tutelle du ministère de la santé et de la consommation et du ministère du travail et de la sécurité sociale, ne gère donc plus aujourd'hui directement que les services de santé concernant 38 % de la population ; à terme, l'ensemble sera transféré.

Pour autant, le rôle de l'Etat n'est pas appelé à disparaître.

L'article 149 de la Constitution espagnole dispose en effet que la coordination générale du système, la politique du médicament, la législation sanitaire (régime du personnel du système national de santé, normes minimales applicables aux établissements, réglementation sanitaire) et les relations internationales en matière sanitaire demeureront dans le champ de compétences étatique.

D'ores et déjà cependant, l'Etat doit coopérer avec les communautés dans ce domaine. Les conditions de la politique régionale de santé sont en effet définies, depuis 1987, par voie de consensus au sein d'un Conseil inter-territorial du système national de santé qui réunit des représentants de l'Etat et des communautés autonomes.

Ce Conseil, institué par la loi générale de santé de 1986, constitue l'organe permanent de coopération et d'information entre les communautés autonomes, et entre l'Etat et les communautés autonomes. Sa composition est paritaire, le nombre de représentants de l'Etat étant égal à celui des représentants des communautés autonomes (17 membres chacun, soit un total

de 34 membres). Il est présidé par l'Etat, qui a vocation à garantir l'équité du système sur l'ensemble du territoire.

Il n'y a pas de vote en son sein, les décisions se prenant par consensus. Une seule exception a été constatée depuis sa création, un vote ayant été nécessaire pour élire l'actuel vice-président du Conseil.

Le Conseil se réunit en séance plénière au moins 4 fois par an, à l'initiative de la présidence ou du tiers de ses membres. Il se réunit également en commissions et groupes de travail, aboutissant à la conclusion d'environ 40 accords chaque année.

Ces accords concernent en majorité la santé publique : cette dernière a ainsi fait l'objet de 76 accords, sur un total de 228 accords conclus entre 1987 et 1998.

A travers son financement, l'Etat conserve un rôle majeur dans le système de santé espagnol, même si l'on peut s'interroger sur la pérennité d'un dispositif dans lequel les autorités responsables des dépenses ne sont pas celles qui ont le pouvoir de déterminer ou de faire évoluer les financements.

Les ressources financières des systèmes de santé des communautés autonomes résultent en effet exclusivement du produit d'une répartition nationale du budget de la santé entre communautés.

C. DEPUIS 1994, DES SCHÉMAS DE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ TENTENT DE DÉFINIR LES MODALITÉS DE RÉPARTITION DES RESSOURCES ET DE MAÎTRISER L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES

Au cours des premières années qui ont suivi les transferts de compétence, la répartition des 12 % du budget national consacré à la santé (soit 4.000 milliards de pesetas) entre le système « national », d'une part, et les communautés dotées d'une compétence sanitaire, d'autre part, a été réalisée au strict prorata du nombre d'habitants. Mais, si les dépenses réelles étaient supérieures aux dépenses prévisionnelles, le bouclage financier était assuré par l'Etat, ce qui a favorisé une forte augmentation des dépenses.

Le système était de surcroît peu homogène, avec des différences importantes dans l'allocation des ressources entre régions, et, selon des responsables catalans rencontrés au cours de la mission de votre commission, discriminatoire : en effet, si les dépassements faisaient l'objet d'une participation automatique de l'Etat pour le Pays basque, ce n'était pas le cas pour toutes les communautés autonomes, d'où des difficultés importantes entre communautés.

La clé de répartition « *population* » demeure la principale (elle vaut pour environ 98 % des financements).

Mais d'autres ont été ajoutées avec, depuis 1994, l'adoption de schémas de financements pluriannuels du système de santé. Le premier a couvert les années 1994 à 1997 ; il a tenté de planifier à moyen terme, pour mieux la maîtriser, l'évolution des dépenses de santé.

Pour la période 1998-2001, un nouveau schéma de financement est venu corriger certaines modalités de la répartition des ressources. D'autres clés de répartition que celle de la population couverte sont venues s'y ajouter, comme l'évolution de cette population et la prise en compte des personnes « *déplacées* », c'est-à-dire celles qui vont se faire soigner dans une autre communauté autonome que celle de leur résidence habituelle.

Ainsi, les clés de répartition des financements qui ont été décidées par consensus, s'établissent comme suit :

- 98 % des financements sont distribués en fonction du volume de la population couverte ;

- 0,5 % sont distribués via un fonds de modulation financière qui compense les pertes éventuelles de population d'une année sur l'autre ;

- 1,4 % sont répartis via un fonds visant à prendre en considération, d'une part, les personnes « *déplacées* » et, d'autre part, certaines technologies ou activités de pointe, comme les greffes.

Le schéma prévoit en outre que les économies réalisées dans le secteur de la santé, à la suite notamment de l'accord conclu entre les pouvoirs publics et l'industrie pharmaceutique, y seront réinvesties.

Ce système de schémas de financements pluriannuels garantit une certaine stabilité en éliminant l'incertitude budgétaire et en prévoyant l'indexation des financements sur le PIB : son objectif est en effet de rendre la croissance des dépenses budgétaires de santé parallèle à celle du PIB nominal.

Ses points faibles, selon les responsables de l'INSALUD, résultent de la difficulté à obtenir un consensus entre communautés autonomes sur les critères de pondération de la répartition financière, ainsi que de la difficulté de rendre les communautés autonomes responsables de leur gestion.

Des communautés offrent ainsi à leurs habitants de meilleures prestations que le système défini au niveau national : ainsi, en Andalousie, la liste des médicaments pris en charge est plus large que celle qui a été établie au niveau national.

En vertu des dispositions de la loi générale de santé de 1986, en effet, les régions peuvent financer sur leurs ressources propres les dépenses supérieures à celles dont le financement est garanti par l'INSALUD.

Une autre faiblesse importante du système résulte dans l'imperfection du système d'information permettant d'évaluer le volume des populations « *déplacées* ».

Selon les responsables catalans de la santé rencontrés au cours de la mission, le système des schémas de financement présente d'autres points faibles.

Ainsi, le premier schéma de 1994 prenait, pour base de l'évolution du budget de la santé, une estimation sous-évaluée des dépenses réalisées en 1993.

En outre, ce schéma ne prévoyait pas les modalités d'apurement de la dette du système de santé, obligeant ainsi les communautés autonomes à rembourser des dépenses très anciennes.

Ces responsables critiquent aussi l'absence de prise en considération de la structure par âges de la population, et notamment du nombre de personnes âgées qui consomment plus de soins que la moyenne de la population.

Enfin, ils considèrent qu'il n'est pas logique de s'en tenir à une répartition des financements proportionnelle au nombre d'habitants : ainsi, les Catalans, qui ont un revenu par habitant supérieur à la moyenne espagnole, consomment en conséquence plus de soins de santé.

Ces considérations conduisent certains Catalans à réclamer, pour leur Communauté autonome, un pouvoir fiscal qui permettrait d'adapter les ressources de son système de santé à celles de ses habitants.

Pour un montant total de 4.046.477 millions de pesetas, la répartition du budget de la santé, en 1999, était la suivante :

- INSALUD, dépenses non transférées : 1.542.007 millions de pesetas ;

- dépenses transférées aux communautés autonomes : 2.504.470 millions de pesetas, dont :

- . Andalousie.....727.443 millions de pesetas
- . Catalogne655.285 millions de pesetas
- . Valence407.744 millions de pesetas

- . Galice278.862 millions de pesetas
- . Pays basque219.019 millions de pesetas
- . Canaries..... 161.950 millions de pesetas
- . Navarre.....54.166 millions de pesetas

III. DES RÉFORMES RÉCENTES TENDANT À FREINER L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES PHARMACEUTIQUES ET À ASSOULPIR LES MODALITÉS DE GESTION DE L'OFFRE DE SOINS PUBLIQUE

A. LES RÉFORMES DE LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT TENTENT DE MAÎTRISER L'ÉVOLUTION RAPIDE DES DÉPENSES

La principale préoccupation des responsables espagnols du système de santé est la dérive des dépenses pharmaceutiques, que le Gouvernement tente d'endiguer depuis une dizaine d'années. L'évolution de cette catégorie de dépenses est en effet beaucoup moins maîtrisable que, par exemple, les dépenses de personnel de l'INSALUD et s'ajuste beaucoup plus difficilement que les autres à l'évolution du PIB nominal.

Avec un marché de 7,6 milliards d'euros, l'Espagne constitue le 5^{ème} marché européen du médicament et le 9^{ème} mondial.

Les médicaments, qui représentent près de 25 % des dépenses de santé contre 20 % il y a dix ans sont, depuis cette année, autorisés par une Agence du médicament.

La progression des dépenses pharmaceutiques résulte, en Espagne, de la faible participation aux dépenses de l'assuré, du vieillissement de la population, ainsi que de la tendance à la hausse des prix moyens des médicaments en raison de la progressive unification du marché européen et de l'importance des innovations technologiques en la matière.

L'Espagne est, de ce point de vue, dans une situation un peu comparable à celle de la France : l'existence d'un système public de couverture maladie et de prix administrés a longtemps contraint les prix moyens à un niveau peu élevé, situation remise en cause par les évolutions actuelles.

Les mesures prises par le gouvernement espagnol ont été les suivantes :

- établissement d'une « liste négative » de médicaments, une première fois en 1993, une seconde en 1998. Ont ainsi été éliminés de la prise en charge publique des médicaments au faible service médical rendu. L'efficacité de ces mesures a cependant été réduite, la consommation de médicaments susceptibles d'être inscrits sur cette liste négative ayant fortement progressé par anticipation (constitution de « stocks ») et les prescriptions ayant ensuite évolué vers des produits toujours pris en charge, mais plus onéreux. Trois communautés autonomes, l'Andalousie, la Navarre et Valence, ont d'ailleurs refusé d'appliquer ces mesures ;

- développement d'une politique de génériques, peu présents jusque-là sur le marché espagnol en raison du prix moyen peu élevé des médicaments, avec notamment la reconnaissance d'un droit de substitution ;

- accords avec Farma-industria, organisation représentative de l'industrie pharmaceutique, conduisant à une baisse du prix de vente des laboratoires, puis des marges des grossistes et des pharmaciens ;

- enfin, à partir de 2001, entrera en vigueur un système de prix de référence pour certains groupes de médicaments. Le patient qui se verra prescrire un médicament à un prix supérieur au prix de référence devra, soit payer la différence, soit accepter la substitution au profit d'un médicament moins cher.

Les pouvoirs publics, dans leurs négociations avec les laboratoires, ont une position délicate en raison de l'ampleur de la dette des hôpitaux publics à l'égard des fournisseurs de biens et services médicaux. Ainsi, selon une étude réalisée par le Poste d'expansion économique de Barcelone, le nombre de jours de retard de paiement s'élève à 557 jours en Andalousie, et à environ un an en Catalogne. Sur l'ensemble du territoire espagnol, le retard de paiement était, en 1997, de 247 jours.

B. LES RÉFORMES ENTREPRISES AU SEIN DE L'INSALUD VISENT À ATTÉNUER LA LOURDEUR D'UNE GESTION PUBLIQUE ET CENTRALISÉE

1. L'offre de soins de l'INSALUD apparaît aux responsables espagnols comme trop bureaucratique

Dans les communautés autonomes qui n'ont pas encore fait l'objet du transfert des compétences sanitaires, les différentes structures de l'offre de soins du système national de santé, qu'il s'agisse des centres de soins primaires ou de la médecine spécialisée, ambulatoire ou hospitalière, sont la propriété de l'Etat et sont directement gérés par l'INSALUD.

L'INSALUD assure la couverture médicale de 14,3 millions de personnes, soit 38,18 % de la population.

Les ressources humaines de l'INSALUD se décomposent ainsi :

- directeurs provinciaux	17
- cadres dirigeants.....	750
- personnel médical.....	28.812
- personnel infirmier	36.610
- autres personnels soignants	29.976
- personnel administratif ou non soignant	37.328
TOTAL.....	133.493

La masse salariale de l'INSALUD représente 48,9 % du budget.

L'offre de soins correspondante, qui ne concerne que la population résidant dans les communautés n'ayant pas fait l'objet d'un transfert de compétences, se répartit ainsi :

SOINS PRIMAIRES

en unités

- centres de santé	1001
- dispensaires.....	44
- points d'attention suivie	725
- services d'urgence.....	94
- centres d'orientation familiale	60
- unités de psychoprophylaxie obstétricale	658
- unités de santé mentale.....	157
- salles de physiothérapie	237

SOINS SPÉCIALISÉS

- hôpitaux d'INSALUD	82
- établissements spécialisés	95
- lits	37.324
- salles d'opération	894
- salles d'accouchement	5.288
- hôpitaux conventionnés	7 (lits : 3.232)

Au sein du budget de l'INSALUD, la part affectée aux soins primaires est de 37,6 %, celle des soins spécialisés (médecine spécialisée ambulatoire et hôpitaux) s'élevant à 58,4 %.

Votre mission a visité un centre de soins primaires à Barcelone : il était très propre et neuf. Il ressortait cependant de cette visite que l'accès au système de santé, en Espagne, révèle l'existence de nombreuses contraintes qui n'existent pas en France : le personnel des centres a des « *horaires de bureau* » et les installations traduisent le caractère très « *collectif* » des consultations.

Certes, les Espagnols peuvent, depuis 1993, choisir leur généraliste au sein de l'aire de santé. Mais cette faculté semble peu utilisée par les patients, qui présentent rarement des demandes de changement. Ceci s'explique peut-être, selon une étude réalisée par le Poste d'expansion économique à Barcelone, par l'absence de « culture » du libre choix, et aussi par le fait que l'offre publique de soins est assez uniforme, notamment en ce qui concerne les horaires.

La lourdeur du système sanitaire espagnol est également importante dans les hôpitaux publics gérés directement par l'INSALUD. Cette lourdeur affecte les conditions dans lesquelles sont soignés les patients, avec l'existence de listes d'attente importantes. Elle concerne aussi la gestion hospitalière, et notamment la gestion financière. Ainsi, les hôpitaux publics n'ont pas de trésorerie propre, et les pouvoirs des directeurs sont très limités, en particulier pour la gestion des personnels.

2. Les pouvoirs publics veulent promouvoir la diffusion de nouvelles formes de gestion des hôpitaux publics

La conscience des effets pervers de cette lourdeur a conduit les autorités espagnoles à expérimenter de nouvelles formes de gestion, au moins en ce qui concerne les hôpitaux nouvellement construits.

C'est ainsi que deux nouveaux hôpitaux ont été constitués par l'INSALUD avec un statut juridique de « *Fondation* » à la suite du vote de la loi 30/94. Il s'agit de la Fundacion Hospital Manacor, et de la Fondation Hospital Alcorcon à Madrid.

Le personnel de ces deux Fondations est de droit privé.

La Fondation Manacor est chargée de délivrer les soins de médecine spécialisée à une population de 120.000 habitants. Créée par le Conseil des ministres du 22 novembre 1996, elle réalise des performances sensiblement meilleures à celles qui sont réalisées en moyenne par les établissements en gestion directe INSALUD : son taux d'occupation des lits est de 80,72 % contre 73,81 % dans les hôpitaux en gestion directe, la durée moyenne de séjour y est de 5,81 jours contre 6,32 dans les hôpitaux gérés directement par l'INSALUD et le taux de rotation mensuel est de 4,22 contre 3,55.

La Fondation Alcorcon, constituée sous les mêmes formes que la Fondation Manacor, a ouvert ses portes à la mi-décembre 1997. Elle vise à répondre aux besoins en médecine spécialisée d'une population de 250.000 personnes, et de 400.000 personnes pour certaines spécialités pour lesquelles il n'existe pas d'offre publique proche.

Au-delà de ces expériences, le Parlement a établi, par la loi 15/1997 du 25 avril 1997, modifiant le décret-loi royal 10/1996 du 17 juin 1996 et portant création de nouvelles formes de gestion au sein du système national de santé, le principe de transformation volontaire d'hôpitaux publics en « *Fondations publiques sanitaires* » dotées d'une plus grande autonomie de gestion.

Au sein de ces Fondations, le personnel existant conservera son statut de fonctionnaire, mais ce ne sera pas nécessairement le cas pour les personnels nouvellement recrutés. Ces Fondations disposeront d'une trésorerie propre et pourront elles-mêmes régler leurs dépenses ; elles disposeront en outre d'une plus grande autonomie budgétaire.

Mener à bien la transformation d'hôpitaux publics anciens en Fondations sera, sans nul doute, plus difficile que de créer de nouveaux hôpitaux sous statut de Fondation : en effet, les syndicats demeurent très vigilants quant au maintien du statut de fonctionnaire des personnels hospitaliers déjà employés au moment de la transformation en Fondation, et certains voient dans la création de ces Fondations les prémices d'une privatisation du système national de santé espagnol.

Lors de la rencontre entre la délégation de votre Commission et les représentants du syndicat UGT (Union General de Trabajadores), ces derniers lui ont remis un tract décrivant les inconvénients, pour les salariés, du statut de

droit privé retenu pour les Fondations existantes par rapport au statut de fonctionnaire au sein de l'INSALUD.

Ce tract indique ainsi que, au sein de la Fondation Alcorcon, la durée quotidienne de travail du personnel est de 12 heures, contre 8 au sein de l'INSALUD, que la rémunération comporte une partie fixe (60 %) et une partie variable (40 %) alors qu'elle est fixe pour les fonctionnaires de l'INSALUD, et que les fonctions sont déterminées spécifiquement pour chaque personne alors qu'elles sont fixées par le statut pour les fonctionnaires. Les personnels de la Fondation Alcorcon, toujours selon l'UGT, travaillent 1.760 heures de nuit contre 1.470 seulement pour les fonctionnaires de l'INSALUD.

Outre le modèle de la « *Fondation* », la loi 15/1997 précitée propose plusieurs autres statuts de gestion susceptibles d'être retenus pour des structures hospitalières : il s'agit du modèle « *Entreprise publique* », qui a été retenu en Andalousie et au Pays basque, du modèle « *Consortio* » issu de l'expérience catalane (statut associatif) et du modèle de « *Concession au secteur privé* ».

C'est ainsi que, depuis cette année, fonctionne dans la Communauté de Valence un hôpital construit et géré par des groupes privés sous concession publique : c'est en effet le budget de la santé qui finance le fonctionnement de l'hôpital moyennant une redevance forfaitaire calculée en fonction du nombre de personnes relevant de l'aire géographique couverte par cet hôpital.

Cette formule a permis de réaliser des économies substantielles en comparaison avec une gestion publique, en raison notamment d'une politique salariale incitative avec une partie fixe et une partie variable, d'un moindre ratio de personnel par lit, d'une diminution de la durée des séjours et d'une meilleure organisation des achats.

3. L'INSALUD a élaboré un Plan stratégique visant à moderniser l'offre de soins

La volonté de réforme du système de santé espagnol s'est enfin traduite par l'adoption, à la fin de l'année 1997, d'un Plan Stratégique pour l'INSALUD.

Ce Plan a été élaboré par des comités et groupes de travail, avec la participation de professionnels des systèmes de santé.

Son point de départ est le constat d'un allongement des listes d'attente pour accéder au système de soins, ce qui engendre une insatisfaction

croissante de la part des usagers, et de l'insuffisante motivation des personnels médicaux qui a été perçue par les responsables de l'INSALUD.

Selon eux, en effet :

« les professionnels de santé ne reçoivent pas les encouragements nécessaires pour participer à la gestion des processus qui dépendent directement de leurs interventions. La structure et l'organisation des prestations d'INSALUD s'inscrivent dans un modèle administratif de type bureaucratique réglementé à outrance et manquant de la souplesse nécessaire pour répondre aux changements permanents demandés par la société et les professionnels.

« Cet état de choses nécessite, non seulement une modernisation et une adaptation à l'évolution de notre société mais aussi, dans le prolongement de la loi n° 15 du 25 avril 1997 relative à l'élaboration de nouvelles formes de gestion au sein du système de santé public, l'introduction d'innovations pour permettre à ce dernier de répondre aux exigences du public et des professionnels. »

Les principes fondamentaux de ce Plan sont *« le libre choix du patient et la qualité garantie tout au long de la chaîne de soins par la promotion d'une meilleure motivation et d'une plus grande participation des professionnels à la gestion de la santé »*.

Ce plan stratégique comprend les éléments suivants : *« orientation vers l'utilisateur, création d'un système de concurrence réglementée impliquant une définition et une séparation des fonctions d'achat et de fourniture ; autogestion des établissements de soins par l'obtention d'un statut juridique ; motivation et encouragement des professionnels à participer à la gestion ; amélioration constante de la qualité. »*

La *« concurrence réglementée »* que vise à mettre en œuvre l'INSALUD s'analyse, non comme un changement radical de système au profit d'un modèle libéral, mais comme un aménagement d'un système public de santé, en identifiant un acheteur de soins et des fournisseurs, les centres de soins et hôpitaux publics et privés, qui noueraient des relations contractuelles. Ces contrats exigeraient, de la part des fournisseurs, la garantie de l'égal accès au système de soins et l'amélioration de la qualité des prestations offertes.

Cela suppose, pour les hôpitaux publics, l'acquisition de la personnalité juridique et, au préalable, une certification publique définissant les spécifications fonctionnelles et techniques de l'établissement.

C'est au niveau de la province que les responsables déconcentrés de l'INSALUD négocieront les contrats avec les offreurs de soins hospitaliers.

Le Plan stratégique de l'INSALUD aborde aussi la question de la réforme des centres de soins primaires : il a pour but d'introduire, dans ces centres, des modèles d'organisation nouveaux afin de renforcer la confiance des usagers et de donner aux médecins une plus grande responsabilité en matière de soins et un plus grand pouvoir de décision.

Afin de mieux responsabiliser les personnels médicaux et infirmiers et de les encourager à une plus grande implication professionnelle, le plan stratégique prévoit, dans le respect des droits acquis, un assouplissement de leur statut permettant notamment aux centres une plus grande autonomie dans la sélection et le recrutement, ainsi que les moyens de pratiquer des rémunérations différentielles en fonction des résultats obtenus.

Le Plan stratégique propose aussi des mesures tendant à favoriser un usage rationnel du médicament, à travers notamment une meilleure connaissance des profils de prescriptions et de consommation des médicaments et une incitation à la prescription de médicaments génériques.

4. Par contraste, l'organisation sanitaire dans certaines communautés autonomes apparaît comporter intrinsèquement plus de souplesse

Si le système public en gestion directe est en train d'évoluer, des communautés comme la Catalogne disposent d'une organisation sanitaire qui autorise intrinsèquement plus de souplesse.

En effet, pour des raisons historiques, le réseau d'hôpitaux publics en Catalogne n'est pas suffisant pour satisfaire les besoins de la population. Pour une population de plus de 6 millions d'habitants, il n'existe ainsi aujourd'hui que cinq hôpitaux publics en Catalogne.

En revanche, depuis longtemps, existaient dans cette communauté de nombreuses structures hospitalières dépendant de l'Eglise, de sociétés mutualistes, de collectivités locales, ou à capital mixte public/privé. Il existe ainsi aujourd'hui en Catalogne 65 hôpitaux privés à but non lucratif.

Cette offre hospitalière mixte constitue une particularité en Espagne, de même que sa densité : il y a, en Catalogne, un hôpital tous les 20 kilomètres, alors qu'il n'en existe qu'un par province dans les communautés sous gestion directe par l'INSALUD. L'offre publique hospitalière représente au total, structures publiques et privées confondues, 15.465 lits.

Lors du transfert de la compétence sanitaire à la Catalogne, le choix a été fait, plutôt que de construire de nouveaux établissements publics de santé,

de définir une organisation catalane de santé publique, mise en œuvre en collaboration avec une offre de soins très diversifiée.

En 1981, au moment du transfert, le système sanitaire catalan présentait, selon le département catalan de la santé et de la sécurité sociale, des défauts majeurs : un nombre de lits d'aigus très insuffisant dans les hôpitaux publics (0,77 lit pour 1.000 habitants, contre 1,91 lit sur l'ensemble du territoire espagnol), des hôpitaux transférés structurellement déficitaires, une planification insuffisante et inefficace, un système d'information peu performant, un niveau d'endettement du système très élevé, une offre de soins insuffisante pour répondre à la demande des Catalans.

Depuis, selon ces responsables, tout semble aller mieux. Entre 1981 et 1983 ont ainsi été mises en place une carte sanitaire ainsi que des procédures d'accréditation de l'offre de soins.

Dès 1983, a été définie une organisation publique de gestion du système sanitaire, avec l'Institut Catalan de la Santé, chargé de gérer l'offre publique de soins, et le Réseau Hospitalier d'Utilisation Publique.

En 1989, le principe de séparation entre les fonctions de financement et d'offre de soins a été institué, l'Institut Catalan de la santé étant individualisé comme producteur de services de soins.

Les lignes directrices du fonctionnement du système de santé catalan ont été posées par la loi 15/1990 (Llei d'ordenacio sanitaria de Catalunya - LOSC).

Si ces lignes directrices sont identiques à celles qui régissent l'organisation sanitaire dans le reste de l'Espagne (service public de santé à financement public, reconnaissance d'un droit universel d'accès au système de santé, principe de répartition équitable de l'offre de soins sur le territoire), l'organisation catalane de la santé comporte des aspects très spécifiques, à savoir une séparation entre les fonctions d'achat et de production de services de soins et la mixité publique et privée de l'offre de soins.

La LOSC prévoit aussi l'élaboration périodique, tous les trois ans, d'un « Plan de santé » pour la Catalogne définissant les besoins de santé ainsi que des objectifs quantifiés auxquels devra satisfaire l'offre de soins en vue d'améliorer l'état de santé de la population.

Désormais, le service catalan de santé « achète » des activités hospitalières à des établissements qui, pour 70 % de l'activité, sont de droit privé et, pour seulement 30 %, de droit public. La répartition des budgets ne traduit pas cependant le poids respectif des établissements dans la satisfaction des besoins de santé hospitaliers, puisque les hôpitaux privés ne perçoivent,

selon le responsable d'une organisation hospitalière, que 55 % du financement public, les hôpitaux publics en recevant 45 %.

Les contrats passés entre le service catalan de santé et les établissements prévoient un financement par activité (hospitalisation, consultations externes, urgences, techniques de pointe) en fonction des besoins de la population.

Le système catalan semble plus performant, du point de vue des coûts, que le système public à gestion centralisée : ainsi, le coût salarial dans les établissements privés est inférieur d'un quart au coût salarial dans les hôpitaux publics.

Si un hôpital privé, au cours d'une année, a une activité inférieure à l'activité prévue, il ne reçoit que les financements correspondant à son activité réelle. Dans le cas contraire, il est pénalisé financièrement. La contrainte de l'ajustement repose donc essentiellement sur ces établissements de santé privés, qui ne sont de surcroît pas autorisés à faire des bénéfices.

Les dépenses publiques de santé en Catalogne, qui s'élèvent en 1999 à 694.024 millions de pesetas, représentent 4,14 % du PIB de la Catalogne. Elles sont en progression, par rapport à 1998, de 6,49 %.

Si le système de santé espagnol, essentiellement structuré autour d'une offre publique de soins, diffère absolument du système français, et s'il traduit des préférences culturelles différentes, les réformes entreprises, tant en ce qui concerne la décentralisation de l'organisation du système que le rapprochement envisagé des modes de gestion publique et privée, méritent une attention particulière.

Il conviendra cependant dans quelques années, d'observer de quelle manière se stabilisera le système, et notamment s'il confirmera -ou non- :

- la compatibilité d'une responsabilité nationale du financement et d'un engagement des dépenses décentralisé ;

- la compatibilité de préférences locales quant au niveau souhaitable des dépenses de santé et de l'objectif national d'égal accès à l'offre de soins sur le territoire ;

- la compatibilité de statuts publics et privés au sein des mêmes structures hospitalières.

ANNEXE

PROGRAMME DE LA DÉLÉGATION DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Madrid, du 13 au 16 septembre 1999
Barcelone, du 17 au 18 septembre 1999

Lundi 13 septembre

21 heures 20 : Accueil à l'aéroport de Madrid-Barajas par MM. Thierry Vankerk Hoven, ministre conseiller, et Jacques Pé, conseiller pour les Affaires sociales à l'Ambassade de France.

Mardi 14 septembre

10 heures-12 heures : ministère du Travail : réunion avec M. Juan-Carlos Aparicio, secrétaire d'Etat à la Sécurité sociale, et M. Julio Gomez Pomar, directeur général de la Trésorerie générale de la Sécurité sociale

12 heures 30 : Réunion avec M. José Antonio Martin, directeur de Farmaindustria

14 heures : Déjeuner de travail avec M. Francisco Perteguer, vice-président du Conseil général des collèges de médecins d'Espagne

16 heures 30 : Réunion avec M. Juan Jumenez Aguilar, secrétaire général de la CEOE (Confédération espagnole des organisations d'employeurs)

18 heures : Réunion avec Mme Esperanza Aguirre, présidente du Sénat, puis avec une délégation de la commission des Affaires sociales du Sénat

21 heures : Dîner offert par Son Excellence M. Patrick Leclercq, Ambassadeur de France en Espagne

Mercredi 15 septembre

9 heures 30 : Réunion avec M. Alberto Nunez Feijoo, président de l'INSALUD : politique générale de l'INSALUD

10 heures : Réunion avec Mme Carmen Navarro Fernandez Rodriguez, directrice générale du budget et des investissements : le système de financement de l'INSALUD et des Communautés autonomes ayant compétence en matière de santé

11 heures 30 : Réunion sur le rôle du personnel médical au sein de l'INSALUD, avec :

. M. Rafael Matesanz Acedos, directeur général des soins primaires et spécialisés

. M. Roberto Perez Lopez, directeur général des ressources humaines

. Dr Tomas Tenza Perez, directeur général d'organisation et de planification sanitaire

. Dr Enrique Asin Cardiel, hôpital Ramon y Cajal

. Dr Francisco Fernandez Aviles, hôpital clinique universitaire de Valladolid

. Dr Carlos Macaya, hôpital clinique San Carlos

. Dr Agustin Navarrette Montoya, hôpital Virgen de la Arrixaca

. Dr Fernando Pons Romero, hôpital Marqués de Valdecilla

. Dr Luis Rodriguez Padial, hôpital Virgen de la Salud

. Dr Santiago Valor Garcia, fondation hôpital Alcorcon

. Dr Caterina Ramon Roca, fondation hôpital de Manacor

. Dr Rosa Bermejo Pareja, sous-directrice de gestion des soins spécialisés dans une province

. Dr Leticia Del Moral Iglesias, sous-directrice générale des soins spécialisés

. Dr Alejandro Del Rio Del Busto, coordinateur des programmes internationaux

14 heures : Déjeuner offert par l'INSALUD

16 heures : Réunion avec M. José Maria Fidalgo, secrétaire de politique institutionnelle des CC-OO (commissions ouvrières)

18 heures : Réunion à l'UGT (Union générale des travailleurs) avec :

- . M. Antonio Ferrer Sais, secrétaire d'action syndicale
- . Mme Pilar Navarro, secrétaire fédérale de santé
- . M. Jaimes Frades, membre du cabinet technique confédéral

Jeudi 16 septembre

Réunions au ministère de la Santé et de la Consommation

9 heures 30 : Réunion avec M. Enrique Castellon Leal, Sous-Secrétaire à la Santé et à la Consommation

10 heures : Réunion avec M. Diego Martinez, chef du cabinet technique du sous-secrétaire : description du service national de santé

10 heures 45 : Réunion avec Mme Isabel Truyol, sous-directrice générale du financement et du budget et Mme Laura Pellise, conseiller du sous-secrétariat : financement du service national de santé

11 heures 30 : Réunion avec Mme Regina Muzquiz, sous-directrice générale, secrétaire du conseil interterritorial du service national de santé : la coordination territoriale et le conseil interterritorial du service national de santé

12 heures 15 : Réunion avec Mme Nieves Martin Sobrino, sous-directrice générale de la planification pharmaceutique : la politique pharmaceutique

13 heures : Bilan de la visite en présence du Sous-Secrétaire à la santé et à la consommation, M. Enrique Castellon Leal

13 heures 15 : Départ pour la Fondation Thyssen-Bornemisza

13 heures 30 : Visite guidée de la Fondation Thyssen-Bornemisza

14 heures 30 : Déjeuner offert par M. José Manuel Romay Beccaria, Ministre de la Santé et de la Consommation à la Fondation Thyssen-Bornemisza

18 heures : Départ pour Barcelone.

Vendredi 17 septembre

9 heures-13 heures 30 :

Réunions avec les principaux responsables de la santé de la Généralité de Catalogne :

. M. Ramon Massaguer, secrétaire général du département de la santé, : présentation de la politique de santé dans le cadre des transferts de compétences

. M. Miquel Argenté, directeur du département des ressources économiques des services catalans de santé : aspects financiers

. M. Enric Agusti, sous-directeur du département sanitaire du service catalan de santé : maîtrise des dépenses de santé

. M. Boi Ruiz, directeur général de l'Union catalane d'hôpitaux : organisation du système hospitalier

. Mme Emilia Sanchez, directeur de l'unité du plan de santé : plan de santé de la Catalogne

13 heures 30 : Entretien avec le « Conseller » (ministre) de la santé, M. Eduard Rius Y Pey, et le directeur du service catalan de santé, M. Joseph Prat

14 heures : Déjeuner offert par le Consul général, M. Pierre Charasse

16 heures : Visite d'un centre de soins primaires (Centre d'Atencio Primeria Cap Passeig Maragall)

17 heures : Visite de l'hôpital San Pau.

Samedi 18 septembre

10 heures-13 heures : Visite du complexe hospitalier « Vall d'Hebron » : rencontre avec la direction et le personnel soignant

13 heures 30 : Départ pour l'aéroport.