

Les systèmes de soins de santé des pays fédéraux d'Europe

Rédigé par Claire Duchêne, Benoît Bayenet et Ilan Tojerow.

APERÇU

La Suisse, l'Autriche, l'Allemagne et la Belgique sont les quatre pays fédéraux d'Europe. Ce policy brief décrit l'organisation de leur système de santé, afin de rendre compte des similitudes ainsi que de leurs spécificités.

ÉLÉMENTS-CLÉS

- ▶ En Suisse, l'organisation du système de soins de santé est très décentralisée et partagée entre les trois niveaux de gouvernements, les organisations de la société civile et la population suisse. La Confédération s'occupe essentiellement des aspects législatifs en matière de financement des soins et dans certains domaines spécifiques du système de soins tandis que les cantons sont en charge de l'offre de soins, du financement partiel des coûts, de la prévention et de l'éducation à la santé ou encore de la délivrance d'autorisation d'exercer pour les professionnels de la santé (sur la base de conditions posées dans la loi fédérale).
- ▶ L'organisation des soins de santé autrichiens repose sur un système complexe et très fragmenté, avec un partage des compétences entre les niveaux fédéral et régional et une délégation des responsabilités aux organisations autonomes. Le niveau fédéral est théoriquement en charge de la plupart des domaines de prestation de soins de santé, mais il délègue beaucoup aux Länder et aux caisses d'assurance et la compétence principale des soins hospitaliers n'est pas du ressort de la Fédération, mais des Länder.
- ▶ L'organisation du système de santé allemand est complexe et décentralisée, avec une gouvernance partagée entre le niveau fédéral, les Länder et des organisations corporatistes autonomes. L'autorité fédérale est uniquement en charge du cadre législatif, alors que les Länder sont responsables de nombreuses tâches, telles que la planification hospitalière, les services de santé publique ainsi que de la supervision des associations régionales des caisses d'assurance-maladie et des prestataires de soins ambulatoires.
- ▶ En Belgique, le partage des compétences de santé entre le niveau fédéral et les entités fédérées est au cœur du processus de fédéralisation, résultant en un système complexe et fragmenté. Les autorités fédérales sont principalement compétentes pour la réglementation et le financement de l'assurance maladie obligatoire, le fonctionnement et le financement des hôpitaux alors que les entités fédérées sont compétentes pour les soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées, les soins de santé mentale, les soins à domicile et de réhabilitation et de la promotion de la santé.

INTRODUCTION

Ce policy brief propose une analyse descriptive du fonctionnement des systèmes de soins de santé des pays fédéraux d'Europe, à savoir la Suisse, l'Autriche, l'Allemagne et la Belgique. L'objectif est de rendre compte des spécificités des différents systèmes de santé fédéraux. L'organisation politique d'un système de santé est cruciale car elle joue un rôle important sur son efficacité et sa qualité. Nous concentrons notre analyse sur l'organisation des systèmes de santé des pays européens ayant, comme la Belgique, adopté une structure fédérale.

Différentes allocations des compétences sont possibles dans un État fédéral, qu'elles soient plus ou moins décentralisées. Un des arguments en faveur d'une décentralisation des compétences du niveau national au niveau local est que les services seraient plus facilement adaptés aux besoins des populations locales, qui peuvent varier considérablement d'un endroit à l'autre, tandis que ceux en faveur de la centralisation justifient une plus grande efficacité et rentabilité des systèmes centralisés.

Ce policy brief est le premier d'une suite d'autres policy briefs s'inscrivant dans une perspective comparative, qui traiteront de sujet tels que le financement ou la qualité des systèmes de soins de santé des pays fédéraux d'Europe. La structure du présent document est la suivante : pour les quatre pays considérés, une courte revue de la structure fédérale est proposée, suivie d'une analyse descriptive de l'organisation du système de soins de santé. Plus spécifiquement, les différents niveaux de pouvoir impliqués dans les politiques de santé sont identifiés. Enfin, une brève conclusion met en avant les éléments centraux de la comparaison.

LA SUISSE

Structure fédérale

La Suisse est un État fédéral, dont les principes fondamentaux sont définis dans la Constitution fédérale de la Confédération suisse. Ce pays alpin ne compte pas moins de quatre langues officielles, à savoir l'allemand, le français, l'italien et le romanche. Contrairement à la Belgique qui était d'abord un État unitaire avant de devenir un État fédéral, la Confédération suisse présente la particularité d'être née suite à l'union d'entités plus petites - les cantons - ayant décidé de déléguer une partie de leur souveraineté à une autorité centrale. Cette réorganisation de l'Etat s'explique notamment par la nécessité de défendre le territoire mais également de disposer d'une base plus large que celle des cantons pour l'accomplissement de certaines tâches publiques.

Plus spécifiquement, la Suisse est partagée entre **trois niveaux de pouvoir**, à savoir :

- la Confédération (entité fédérale) ;
- les 26 cantons¹ (entités fédérées) ;
- les 2136 communes².

De plus, les citoyens exercent un pouvoir direct et significatif, au travers d'initiatives populaires et de référendums.

La Suisse présente une organisation du pouvoir **très décentralisée**. En effet, la Confédération n'exerce que les compétences qui lui ont été explicitement attribuées, principalement en matière

¹ Appenzell Rhodes-Extérieures, Appenzell Rhodes-Intérieures, Argovie, Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Berne, Fribourg, Genève, Glaris, Grisons, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Nidwald, Obwald, Saint-Gall, Schaffhouse, Schwytz, Soleure, Tessin, Thurgovie, Uri, Valais, Vaud, Zoug et Zurich.

² Au 1^{er} janvier 2023. Ces dernières années, le nombre de communes a constamment baissé à la suite de fusions.

de sécurité et de défense, de monnaie ou encore d'affaires étrangères. Cette répartition du pouvoir découle de l'histoire de la formation du pays. Les cantons exercent quant à eux les compétences non déléguées par la Constitution à la Confédération³. Ils disposent dans ce cadre d'une grande autonomie, que la Confédération est tenue de respecter⁴. Chaque canton dispose de sa propre Constitution, de son parlement, de son gouvernement et de ses tribunaux. De plus, ils possèdent des revenus fiscaux propres, tandis que la Confédération ne peut percevoir que les impôts expressément prévus par la Constitution. Finalement, les communes suisses, auxquelles les cantons peuvent déléguer une partie de leurs compétences, connaissent une autonomie variable selon le canton dans lequel elles se trouvent.

Organisation du système des soins de santé

Le système de santé suisse repose sur l'assurance obligatoire des soins (AOS), aussi appelée assurance-maladie ou assurance de soins. Celle-ci est **obligatoire** et est définie par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie de 1994 (LAMal/KVG). Cette loi précise en effet que chaque résident suisse doit s'assurer auprès d'un des nombreux organismes autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale. Les assureurs sont des organismes privés en compétition sur un marché très régulé. Les personnes choisissent donc un assureur actif dans leur canton, et les assureurs sont tenus de traiter les assurés de manière égale. De plus, les prestations remboursées par l'AOS sont définies par la législation fédérale et sont donc les mêmes auprès de tous les assureurs-maladie. En particulier, l'assurance obligatoire inclut la plupart des « services des médecins généralistes et spécialistes, ainsi que les traitements et les soins hospitaliers fournis par d'autres professionnels de la santé s'ils sont prescrits par un médecin »⁵.

L'organisation politique du système de soins de santé suisse est complexe. **En effet, le pouvoir décisionnel est partagé entre les trois niveaux de gouvernement (la Confédération, les cantons et les communes), mais aussi les organisations de la société civile et la population suisse.** Ce partage des compétences est le reflet des fondements de la culture politique suisse, à savoir la subsidiarité, le libéralisme⁶, le fédéralisme, le pragmatisme ainsi que la démocratie directe⁷.

Plus spécifiquement, les politiques de santé sont principalement du ressort des cantons, qui sont en charge de l'offre des soins⁸, du financement partiel des coûts, de la prévention et de l'éducation à la santé, de la délivrance d'autorisation d'exercer pour les professionnels de la santé (sur la base de conditions posées dans la loi fédérale), mais aussi de l'émission et de la mise en œuvre d'une grande partie de la législation relative à la santé. Les communes se chargent des compétences qui leur ont été déléguées par les cantons, comme par exemple les soins infirmiers et à domicile ou les services sociaux pour les groupes vulnérables. Il est à noter que les grandes communes prennent en général plus de responsabilités que les petites communes.

La Confédération dispose quant à elle de peu de pouvoir en matière de santé, comparativement à d'autres pays. Aujourd'hui, la Confédération s'occupe essentiellement des aspects législatifs en

³ Art. 3 : « Les cantons sont souverains en tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la Constitution fédérale et exercent tous les droits qui ne sont pas délégués à la Confédération ». « Constitution fédérale de la Confédération suisse » (1999). Par ailleurs, ils disposent également de compétences rétrocedées par la Confédération, ou non exercées par la Confédération.

⁴ Art 47.1. « La Confédération respecte l'autonomie des cantons ». Constitution fédérale de la Confédération suisse.

⁵ Carlo De Pietro et al., « Health System Review: Switzerland », *Health Systems in Transition* 17, n° 4 (2015): XXII.

⁶ Avec des paiements directs importants.

⁷ Berit C. Gerritzen et Gebhard Kirchgässner, « Federalism in Health and Social Care in Switzerland », in *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, éd. par Joan Costa-Font et Scott L. Greer (London: Palgrave Macmillan, 2013), 250-71, https://doi.org/10.1057/9781137291875_12.

⁸ Les cantons possèdent la majorité des hôpitaux et financent près de la moitié des hospitalisations. De Pietro et al., « Health System Review: Switzerland ».

matière de financement des soins ainsi que de domaines très spécialisés nécessitant une coordination au niveau national, comme la transplantation ou la procréation médicalement assistée. Les institutions fédérales principales sont l'Office fédéral de la santé publique (BAG), l'Office fédéral de la statistique (BFS) ainsi que l'Office fédéral des assurances sociales (BSV). Toutefois, bien qu'on ne puisse pas parler d'un système de santé unique pour toute la Suisse, ces dernières décennies ont été marquées par une tendance à centraliser certaines compétences. En effet, en fournissant une orientation générale pour l'élaboration des politiques fédérales en matière de santé, les stratégies Santé 2020 et Santé 2030 tendent à harmoniser la planification et à impliquer le niveau fédéral dans la détermination du processus et des critères de planification. Cependant, les acteurs les plus importants restent les cantons.

Par ailleurs, les organes de coordination jouent un rôle clé dans cette organisation décentralisée. Ceux-ci ont pour objectif de promouvoir la coordination des cantons entre eux, ainsi que la coordination des cantons avec le gouvernement fédéral. C'est par exemple le cas de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS/GDK). Certains groupes d'intérêt influencent également les politiques de santé suisses, comme l'association des médecins, les associations des assureurs de santé, l'association des hôpitaux et l'industrie pharmaceutique. Leur rôle consiste notamment à déterminer les tarifs pour les remboursements de soins. Enfin, les citoyens suisses ont un rôle politique direct dans la détermination des politiques de soins, via l'organisation de référendums et d'initiatives populaires.

En conclusion, ces dernières années ont été marquée par le passage d'un système de santé quasi-exclusivement aux mains des cantons à une organisation dans laquelle la Confédération joue un rôle de plus en plus important, particulièrement lorsqu'un besoin de coordination se fait sentir. Néanmoins, comparé à d'autres systèmes, le système suisse reste fortement décentralisé.

L'AUTRICHE

Structure fédérale

La Loi constitutionnelle fédérale du 1^{er} octobre 1920 définit la République d'Autriche comme un état fédéral, composé de neuf *Länder* autonomes⁹. Chaque *Land* est divisé en districts (unités administratives)¹⁰, eux-mêmes divisés en entités locales (communes)¹¹. Les *Länder* possèdent leur propre gouvernement, ainsi que leur propre parlement¹². La répartition des compétences entre la Fédération et les *Länder* est principalement définie aux articles 10 à 15 de la Constitution, en distinguant quatre types de distribution des pouvoirs législatifs et exécutifs¹³ :

- législation et exécution exclusivement fédérales (art.10) ;
- législation fédérale exécutée par les *Länder* (art.11) ;
- législation-cadre de la fédération mise en œuvre et exécutée par les *Länder* (art.12) ;
- législation et exécution exclusives des *Länder* (art.15).

Notons que la majorité des compétences sont attribuées à l'entité fédérale exclusivement (art.10). De plus, la loi constitutionnelle sur les finances, qui définit les différents types d'impôts et la capacité des entités à lever des impôts, ne donne quasi aucune recette fiscale propre aux *Länder*.

⁹ Basse-Autriche, Burgenland, Carinthie, Haute-Autriche, Salzbourg, Styrie, Tyrol, Vienne et Vorarlberg.

¹⁰ À l'exception de Vienne.

¹¹ Celles-ci sont en charge de tâches administratives.

¹² Florian Bachner et al., « Health system review: Austria », *Health Systems in Transition* 20, n° 3 (2018).

¹³ Peter Bußjäger et Christoph Schramek, « Austria (Federal Republic of Austria) Balancing Distributed Federalism with Centralization », in *The Forum of Federations Handbook of Federal Countries 2020*, Palgrave Macmillan, 2020.

Autrement dit, l'organisation fédérale autrichienne se caractérise par un **fort degré de centralisation**.

Par ailleurs, l'organisation de l'État repose sur une **coopération entre la Fédération et les Länder**, qui exercent ensemble le pouvoir législatif. Les *Länder* sont représentés au travers du *Bundesrat*, le Conseil fédéral. Ensemble, le Conseil national et le Conseil fédéral forment l'Assemblée fédérale. Aussi, les accords définis à l'article 15a de la Loi constitutionnelle fédérale¹⁴ servent d'instrument de coopération entre l'entité fédérale et les entités fédérées¹⁵. De plus, une coordination autonome s'est instaurée entre les *Länder*, même si aucune disposition constitutionnelle n'encadre celle-ci.

Enfin, comme en Belgique, les partenaires sociaux jouent un rôle important dans les processus de décision, en particulier lorsqu'ils concernent les politiques sociales et de santé¹⁶.

Organisation du système des soins de santé

En Autriche, les soins de santé reposent sur un système d'assurance sociale **obligatoire** qui garantit à tous les habitants un accès équitable à des services de santé de haute qualité. Auparavant, les Autrichiens étaient affiliés en fonction de leur région de résidence ou de leur branche professionnelle à l'une des caisses d'assurance-maladie¹⁷. Mais, une réforme de 2020 a fusionné les différentes caisses de telle sorte qu'il ne reste aujourd'hui que 5 caisses au total¹⁸. Les 9 caisses régionales (un par *Land*) ont été rassemblées en une seule caisse – appelée *Österreichische Gesundheitskasse* (ÖGK)^{19,20}. Un grand nombre de prestations de soins sont couvertes par ce mécanisme d'assurance. Toutefois, même si des mesures ont été prises pour harmoniser les avantages perçus par les différents fonds, des différences persistent entre les individus assurés par la caisse ÖGK et les autres²¹. Par ailleurs, notons qu'une particularité du système autrichien est sa forte dépendance aux soins hospitaliers comparativement aux soins ambulatoires.

Concernant l'organisation des soins de santé, celle-ci repose sur un **système complexe et très fragmenté**. Plus spécifiquement, le système se caractérise par²² :

- des compétences partagées en matière de santé entre le niveau fédéral et le niveau régional ;
- un degré élevé de délégation des responsabilités aux organisations autonomes (les assurances sociales et les organismes de prestation de services de santé) ;

Le niveau fédéral est principalement en charge de la réglementation des assurances sociales et de la plupart des domaines de prestation de soins de santé (les professionnels de la santé, les produits pharmaceutiques, les dispositifs médicaux, etc.). Les institutions fédérales de santé sont le Parlement, le Ministère de la Santé, ainsi que divers organismes tels que l'Agence fédérale de

¹⁴ « Loi constitutionnelle fédérale du 1er octobre 1920 » (1920), <https://mjp.univ-perp.fr/constit/aut1920.htm#l>.

¹⁵ Ces accords ont été notamment utilisés dans la gestion de l'offre hospitalière.

¹⁶ Bachner et al., « Health system review: Austria ».

¹⁷ « Chapitre 2. Réformer un système de santé très apprécié, mais coûteux », *Études économiques de l'OCDE* 12, n° 12 (2011): 94 .

¹⁸ Les indépendants, les fonctionnaires, les agriculteurs et les travailleurs du rail étant couvert par deux fonds spécialisés.

¹⁹ Celui-ci ne couvre pas moins de 82 % de la population autrichienne.

²⁰ « State of Health in the EU - Austria » (OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

²¹ « State of Health in the EU - Austria ».

²² Bachner et al., « Health system review: Austria ».

la Santé ou le Conseil supérieur de la Santé²³. Toutefois, la Fédération délègue une grande partie de ces compétences aux Länder et aux caisses d'assurance²⁴. De plus, une compétence centrale n'est pas du ressort de la Fédération : les soins hospitaliers. En effet, c'est aux Länder d'assurer une capacité hospitalière adéquate, y compris pour les soins ambulatoires dans les hôpitaux, et de financer une grande partie des soins hospitaliers et ambulatoires fournis par les hôpitaux²⁵. La Fédération se charge quant à elle uniquement de définir les exigences de base en matière de soins hospitaliers²⁶. Les districts et communes participent également à la politique de santé autrichienne. En effet, les districts sont par exemple responsables de la supervision sanitaire des hôpitaux situés sur leur territoire, quant aux municipalités, elles participent notamment au financement des hôpitaux²⁷.

L'assurance sociale de santé est organisée par les caisses d'assurance-maladie, de tailles fort variables, rassemblées dans l'Association principale des institutions de sécurité sociale autrichiennes. Ensemble, elles sont chargées de négocier l'offre de soins ambulatoires extra-muros avec les différents fournisseurs de soins, ainsi que des soins de revalidation et pharmaceutiques, « qu'elles financent grâce aux cotisations patronales et salariales collectées par leurs soins »²⁸.

Les dernières réformes du système ont tenté **d'améliorer la coordination** entre les nombreux acteurs de santé, avec l'apparition d'organismes de décision conjointe regroupant les trois acteurs principaux, à savoir la Fédération, les Länder et les assureurs. En 2005, la création de fonds de santé avait déjà pour objectif de permettre une meilleure coordination du financement des soins hospitaliers. Ensuite, un nouveau système de santé basé sur des objectifs a été instauré en 2013, avec la création d'une Commission fédérale de gouvernance par objectifs. Ces objectifs sont ensuite traduits au niveau régional par d'autres commission rassemblant les acteurs principaux au niveau des Länder. Par ailleurs, la Commission fédérale de gouvernance par objectifs participe également à la mise en place de plans structurels de l'offre de soins de santé, qui peuvent être en partie légalement contraignants depuis 2018 et qui s'étendent de plus en plus aux soins ambulatoires (et non plus uniquement hospitaliers)²⁹. Néanmoins, malgré ces efforts, la coordination reste une tâche ardue dans un système fragmenté.

L'ALLEMAGNE

Structure fédérale

L'Allemagne est une république parlementaire fédérale **composée de 16 Länder**, de tailles et de populations variables. Parmi ces 16 Länder, 13 sont des états territoriaux³⁰ et 3 sont des cités-états³¹. Adoptée en 1949³², la Constitution nationale intitulée Loi fondamentale pour la République fédérale d'Allemagne (*Grundgesetz*)³³ ne reconnaît que deux niveaux de pouvoir en Allemagne : un niveau central, la Fédération (le *Bund*), et un niveau régional, les seize *Länder*

²³ Birgit Trukeschitz, Ulrike Schneider, et Thomas Cypionka, « Federalism in Health and Social Care in Austria », in *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, éd. par Joan Costa-Font et Scott L. Greer (London: Palgrave Macmillan, 2013), 154-89.

²⁴ « Chapitre 2. Réformer un système de santé très apprécié, mais coûteux ».

²⁵ Bachner et al., « Health system review: Austria ».

²⁶ Selon l'article 12 de la Loi constitutionnelle fédérale Loi constitutionnelle fédérale du 1er octobre 1920.

²⁷ Trukeschitz, Schneider, et Cypionka, « Federalism in Health and Social Care in Austria ».

²⁸ « Chapitre 2. Réformer un système de santé très apprécié, mais coûteux », 92 .

²⁹ Bachner et al., « Health system review: Austria ».

³⁰ Bade-Wurtemberg, Bavière, Brandebourg, Hesse, Mecklembourg-Poméranie-Occidentale, Basse-Saxe, Rhénanie-du-Nord-Westphalie, Rhénanie-Palatinat, Saxe, Saxe-Anhalt, Sarre, Schleswig-Holstein et Thuringe.

³¹ Berlin, Brême et Hambourg.

³² D'abord pour les Länder de l'Ouest, puis pour tout le pays lors de la réunification.

³³ « Loi fondamentale pour la République fédérale d'Allemagne » (1949).

(Etats). Selon la doctrine constitutionnelle, les administrations locales ne représentent donc pas un niveau en soi ; elles font partie intégrante des *Länder*. Néanmoins, d'un point de vue politique et administratif, ces administrations sont considérées comme un niveau à part entière. Traditionnellement, ce niveau inférieur se décline lui-même en deux autres niveaux : les arrondissements et les communes ou villes³⁴.

En Allemagne, un président est élu tous les cinq ans, mais ses fonctions sont essentiellement protocolaires. Les deux organes législatifs allemands sont le *Bundestag* (Assemblée fédérale), qui représente le peuple allemand, et le *Bundesrat* (Conseil fédéral), qui représente les 16 *Länder* et dont la fonction principale est de délibérer et promulguer les lois adoptées par le *Bundestag*. Le gouvernement fédéral se compose quant à lui du chancelier fédéral et des ministres fédéraux.

Les Länder allemands disposent d'un pouvoir important et d'une grande autonomie, à condition qu'ils soient conformes à la Loi fondamentale. En effet, selon l'article 30 de la Constitution, « l'exercice des pouvoirs étatiques et l'accomplissement des missions de l'Etat relèvent des *Länder*, à moins que la présente Loi fondamentale n'en dispose autrement ou n'admette un autre règlement »³⁵. Chaque Land dispose de sa propre Constitution, d'une assemblée parlementaire et d'un gouvernement.

Il existe toutefois des compétences exclusivement réservées à la Fédération, telles que la politique étrangère, la défense, la politique monétaire, le crédit, la monnaie, le trafic aérien et une partie du droit fiscal³⁶. Pour ces compétences, « les *Länder* n'ont le pouvoir de légiférer que si une loi fédérale les y autorise expressément et dans la mesure prévue par cette loi »³⁷. Par contre, pour les compétences législatives concurrentes de la Fédération, « les *Länder* ont le pouvoir de légiférer aussi longtemps et pour autant que la Fédération n'a pas fait par une loi usage de sa compétence législative »³⁸.

Organisation du système des soins de santé

L'Allemagne a été le premier pays au monde à mettre en place un système d'assurance de santé, en 1883. Ce système d'assurance est aujourd'hui **obligatoire** pour tous les citoyens et résidents permanents et couvrent ainsi la quasi-totalité de la population³⁹. Plus particulièrement, le modèle allemand se caractérise par la **coexistence d'un système public et d'un système privé d'assurance de santé**. L'assurance de santé publique couvre la grande majorité des Allemands (87%)⁴⁰. Les personnes assurées via le système public ont le choix entre 105 caisses d'assurance et elles sont couvertes pour un large éventail de prestations de santé, défini dans les grandes lignes par l'autorité fédérale. Les 105 caisses sont représentées au niveau fédéral par la Fédération nationale des caisses d'assurance-maladie.

Seule une faible part de la population a recours (obligatoire ou volontaire) à l'assurance privée (11%). C'est le cas de quelques employés dont le niveau de revenus dépasse un certain montant⁴¹ et de plusieurs catégories professionnelles comme les indépendants ou les fonctionnaires. Dans le système privé, 42 entreprises d'assurance sont en concurrence et les assurés peuvent librement choisir leur caisse. Ces 42 entreprises sont représentées par l'Association des compagnies

³⁴ Hellmut Wollmann, « Les réformes du système local dans les *länder* allemands : entre communes fusionnées et intercommunalité », *Revue française d'administration publique* N° 162, n° 2 (2017b): 313-26.

³⁵ Art. 30, Loi fondamentale pour la République fédérale d'Allemagne.

³⁶ Art. 73, Loi fondamentale pour la République fédérale d'Allemagne.

³⁷ Art. 71, Loi fondamentale pour la République fédérale d'Allemagne.

³⁸ Art. 72, Loi fondamentale pour la République fédérale d'Allemagne.

³⁹ Miriam Blümel et al., « Health system review: Germany », *Health Systems in Transition* 22, n° 6 (2020).

⁴⁰ Blümel et al.

⁴¹ 62.550€ en 2020, Blümel et al.

d'assurance santé privées. De plus, la couverture offerte par ces compagnies est aussi large, voire plus large, que dans le système public. Notons que certains perçoivent cette privatisation de l'assurance santé comme un affaiblissement du principe de solidarité⁴², même si elle a lieu dans un marché très régulé. Les 2% restant de la population sont assurés via des programmes spéciaux, par exemple pour les militaires.

Concernant l'organisation politique du système de santé allemand, celle-ci est **complexe et décentralisée**. En effet, la gouvernance est partagée entre le niveau fédéral, les Länder et des organisations corporatistes autonomes. L'autorité fédérale, principalement représentée par le Ministère fédéral de la santé, est uniquement en charge du cadre législatif, alors que les Länder sont responsables de nombreuses tâches, telles que la planification hospitalière, les services de santé publique ainsi que de la supervision des associations régionales des caisses d'assurance-maladie et des prestataires de soins ambulatoires. La Conférence des Ministres de la Santé agit comme un organe de coordination régionale. Toutefois, le pouvoir décisionnel est en grande partie délégué aux organisations chargées du paiement des prestations (les caisses d'assurance-maladie) et aux organisations représentatives des prestataires de soins. Ceux-ci se rassemblent au sein du Comité mixte fédéral pour définir les réglementations en détails. Cette délégation vers des acteurs corporatistes autonomes est « le fruit d'un long processus historique »⁴³. Aussi, la mise en œuvre de nombreuses activités de santé publique est souvent déléguée aux municipalités.

Notons enfin que l'organisation des soins de santé souffre d'une **importante fragmentation de la prestation de services**. En effet, les différents secteurs de soins (santé publique, soins ambulatoires, soins hospitaliers et soins de long-terme) sont strictement séparés du point de vue de leur organisation, de leur financement et de leur remboursement⁴⁴, ce qui entraîne des problèmes de coordination et de partage de l'information.

LA BELGIQUE

Structure fédérale

Créée en 1830, la Belgique est une monarchie parlementaire. Ayant autrefois une structure unitaire, le pays a progressivement évolué à partir de 1970⁴⁵ vers une structure fédérale particulièrement complexe. Depuis sa création, pas moins de six réformes de l'État ont été mises en place. Actuellement, le pays est régi par **trois niveaux de pouvoir** :

- l'autorité fédérale ;
- les entités fédérées (3 Communautés, 3 Régions ainsi que 2 des 3 commissions communautaires⁴⁶) ;
- les pouvoirs locaux (10 provinces et 581 communes).

La Belgique se caractérise ainsi par un fédéralisme en double strate (Communautés et Régions)⁴⁷. Les trois Communautés sont la Communauté flamande (dont l'action concerne les

⁴² Blümel et al.

⁴³ Blümel et al. p. 30.

⁴⁴ Blümel et al.

⁴⁵ Même si le processus de fédéralisation a commencé en 1970, ce n'est qu'en 1993 que la Belgique devient officiellement un État fédéral.

⁴⁶ La Commission communautaire commune (COCOM) et la Commission communautaire française (COCOF), qui disposent d'un pouvoir législatif et exécutif, sont en effet considérées comme des entités fédérées, ce qui n'est pas le cas de la Commission communautaire flamande (VGC) « Entité fédérée - vocabulaire politique », *CRISP* (blog), 2023, <https://www.voculairepolitique.be/entite-federee/>.

⁴⁷ Benoît Bayenet, « Asymétrie du fédéralisme belge : une analyse par les finances publiques (Working paper) » (DULBEA, janvier 2022).

néerlandophones vivant en Flandre et en Région bruxelloise), la Communauté française (dont l'action concerne les francophones vivant en Wallonie, sauf les neuf communes germanophones, et en Région bruxelloise) et la Communauté germanophone (dont l'action concerne les habitants des neuf communes germanophones). Les trois Régions sont la Région flamande (dont le territoire correspond aux cinq provinces flamandes), la Région wallonne (dont le territoire correspond aux cinq provinces wallonnes) et la Région bilingue de Bruxelles-Capitale (dont le territoire correspond aux 19 communes de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale). Les Communautés et les Régions disposent chacune de leur parlement et de leur gouvernement. Notons toutefois que la Flandre a opéré à la fusion de ses institutions régionales et communautaires dès 1980, ce qui lui permet d'avoir un seul budget et de financer ses compétences communautaires par des recettes régionales (ou l'inverse)⁴⁸. Par ailleurs, « suite à la mise en œuvre des différents dispositifs constitutionnels et des accords intra francophones, le modèle institutionnel belge est devenu totalement asymétrique en termes de compétences et de financement »⁴⁹.

La répartition des compétences actuelle est le fruit d'un long processus de fédéralisation, ayant mené à un système de gouvernance complexe. En théorie, selon l'article 35 de la Constitution, l'autorité fédérale belge dispose d'un pouvoir résiduel, c'est-à-dire qu'elle n'est compétente que « dans les matières que lui attribuent formellement la Constitution et les lois portées en vertu de la Constitution même »⁵⁰. Néanmoins, pour que cet article entre en vigueur, il est nécessaire qu'un nouvel article énumérant les compétences de l'autorité fédérale soit adopté, ce qui n'est toujours pas le cas aujourd'hui. « En attendant, l'Etat fédéral exerce toutes les compétences qui n'ont pas été attribuées à d'autres niveaux de pouvoir en plus des compétences qui lui sont déjà réservées par la loi spéciale sous la forme d'exceptions au sein des matières communautaires et régionales »⁵¹. Elle s'occupe par exemple de matières telles que la défense, les affaires étrangères, la justice ou encore la sécurité sociale. Le pouvoir législatif fédéral est exercé par le Roi, la Chambre des représentants et le Sénat⁵². Les Régions sont compétentes pour les matières ayant un caractère territorial, telles que les affaires économiques, les transports, l'agriculture ou encore l'emploi. Les Communautés, elles, disposent des matières culturelles et « personnalisables », comme l'éducation, l'emploi des langues ou la culture⁵³. Enfin, les provinces et les communes – institutions autonomes sous tutelle – exercent des compétences soit d'intérêt provincial⁵⁴, soit d'intérêt communal⁵⁵. Notons toutefois que la répartition des compétences énoncées ci-dessus correspond à une répartition théorique, qui ne cadre plus parfaitement à la réalité étant donné les différents transferts de compétences ayant eu lieu entre entités.

Organisation du système des soins de santé

Le système de santé belge est basé sur l'assurance de santé **obligatoire**, financée principalement via des cotisations sociales. Cette assurance couvre la quasi-totalité de la population, pour une

⁴⁸ Benoît Bayenet, « Note politique - Les derniers accords institutionnels belges sur la 6ème réforme de l'État et le financement des Communautés et des Régions » (IEV - Centre d'études du PS, janvier 2012); Bayenet, « Asymétrie du fédéralisme belge : une analyse par les finances publiques (Working paper) ».

⁴⁹ Bayenet, « Asymétrie du fédéralisme belge : une analyse par les finances publiques (Working paper) », 33.

⁵⁰ Art. 35, « La Constitution belge » (1831).

⁵¹ Bayenet, « Note politique - Les derniers accords institutionnels belges sur la 6ème réforme de l'État et le financement des Communautés et des Régions », 51.

⁵² Art. 36 La Constitution belge.

⁵³ Janet Laible, « Devolution, Nationalism, and the Limits of Social Solidarity: The Federalization of Health Policy in Belgium », in *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, éd. par Joan Costa-Font et Scott L. Greer (London: Palgrave Macmillan, 2013), 228-49.

⁵⁴ « C'est-à-dire ce qui ne relève ni de l'intérêt fédéral, communautaire ou régional, ni de l'intérêt communal » « Les compétences des provinces | Belgium.be », Belgium.be, consulté le 31 octobre 2022, https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/provinces/competences.

⁵⁵ « Les compétences des communes | Belgium.be », Belgium.be, consulté le 31 octobre 2022, https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/communes/competences.

large gamme de services et sans sélection de risques. Les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire sont tenus de s'affilier auprès d'une caisse de maladie, aussi appelée mutuelle. Celles-ci sont des organisations privées à but non lucratifs et sont « principalement organisées en fonction des affiliations religieuses ou politiques au sein de cinq⁵⁶ alliances nationales »⁵⁷. Il existe par ailleurs un organisme public neutre supplémentaire⁵⁸ ainsi qu'une mutuelle spécifique à la Société nationale des Chemins de fer belges. Les mutuelles sont chargées d'effectuer le remboursement des soins couverts par l'assurance maladie à leurs membres, ainsi que de verser un revenu de remplacement en cas de maladie de longue durée⁵⁹. Notons qu'il est également possible de faire appel à une assurance maladie complémentaire pour les services non couverts (ou partiellement) par l'assurance obligatoire.

Le **partage des compétences** de santé entre le niveau fédéral et les entités fédérées est **au cœur du processus de fédéralisation de l'État**. En effet, le domaine de la santé a été l'un des champs de bataille des réformes de l'État⁶⁰. Plusieurs compétences ont ainsi été transférées vers les entités fédérées⁶¹, participant à la **fragmentation et la complexité du système**⁶². On parle plus spécifiquement de communautarisation du domaine de la santé, même si en réalité, la situation est bien plus complexe qu'un « simple » transfert de l'autorité fédérale vers les Communautés⁶³. Le processus de transfert de compétences n'est d'ailleurs peut-être pas complètement achevé. En effet, la question de savoir si la décentralisation des soins de santé doit se poursuivre ou non est au cœur des débats actuels.

La répartition du pouvoir s'organise comme suit. Les autorités fédérales sont principalement compétentes pour la réglementation et le financement de l'assurance maladie obligatoire, le fonctionnement et le financement des hôpitaux⁶⁴ ainsi que la réglementation des professionnels de la santé⁶⁵. Le Service public fédéral de Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement est une des institutions principales de santé au niveau fédéral. L'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) est en charge de l'assurance maladie obligatoire et alloue les budgets aux différentes mutuelles. Depuis 1995, un mécanisme de responsabilisation financière des mutuelles a été instauré afin de limiter leurs dépenses. Les entités fédérées ont vu leur spectre de compétences augmenter suite à la dernière réforme de l'État. Elles sont désormais compétentes des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées, des soins de santé mentale, des soins à domicile et de revalidation. De plus, elles veillent à mettre en place des politiques de promotion de la santé ainsi que de prévention des maladies⁶⁶. Les conférences interministérielles permettent de coordonner l'action des différentes entités. Finalement, même si les provinces et les communes n'ont pas de pouvoir législatif, on ne peut pas dire pour autant que

⁵⁶ L'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, l'Union nationale des mutualités neutres, l'Union nationale des mutualités socialistes, l'Union nationale des mutualités libérales et l'Union nationale des mutualités libres.

⁵⁷ « Le système de santé belge », Cleiss, 2021, <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/belgique.html>.

⁵⁸ Le Fonds auxiliaire d'assurance maladie invalidité.

⁵⁹ Sophie Gerkens et Sherry Merkur, « Health system review: Belgium », *Health Systems in Transition* 22, n° 5 (2020).

⁶⁰ Laible, « Devolution, Nationalism, and the Limits of Social Solidarity: The Federalization of Health Policy in Belgium ».

⁶¹ Le premier transfert date de 1980, suivi d'un second en 2014.

⁶² Gerkens et Merkur, « Health system review: Belgium ».

⁶³ Pour plus d'informations sur cette communautarisation, voir Jean Faniel, « Santé : une répartition complexe des compétences », Les @nalyses du CRISP en ligne, 29 décembre 2020, <https://www.crisp.be/> et Bayenet, « Asymétrie du fédéralisme belge : une analyse par les finances publiques (Working paper) ».

⁶⁴ Toutefois, le fonctionnement et le financement des hôpitaux ont en partie été transférés aux entités fédérées lors de la 6^{ème} réforme de l'État. Par exemple, le financement des infrastructures et appareillage médical lourd est désormais du ressort des entités fédérées.

⁶⁵ Gerkens et Merkur, « Health system review: Belgium ».

⁶⁶ Gerkens et Merkur.

leur rôle soit négligeable⁶⁷. Leurs pouvoirs sont limités à l'intérêt local, comme le dépistage ou encore la coordination des services de santé mentale⁶⁸.

CONCLUSION

L'objectif de ce policy brief était de présenter l'organisation des systèmes de soins de santé des pays fédéraux d'Europe, afin de repérer les similitudes ainsi que les particularismes nationaux. Les différents systèmes s'organisent en effet selon des principes divers, résultant de contextes institutionnels et politiques propres à chaque pays. C'est pourquoi une attention particulière a été accordée à la structure institutionnelle et à la répartition des compétences entre les entités fédérales et fédérées.

De cette comparaison, il apparaît que les quatre pays étudiés ont tous un système d'assurance maladie obligatoire, qui couvre la quasi-totalité de leur population, et ce, pour un nombre important de prestations. Alors que la Belgique et l'Autriche fonctionnent avec des caisses d'assurance maladie, la Suisse a recours à de nombreux assureurs privés. L'Allemagne se caractérise quant à elle par la coexistence d'un système public et d'un système privé d'assurance de santé. Concernant l'organisation des compétences entre les entités, les quatre pays connaissent tous un certain degré de décentralisation. Même si le rôle de la Confédération suisse a récemment augmenté, les cantons restent les entités fédérées possédant le plus de compétences de santé. À l'opposé de cette configuration se trouve l'Autriche, où l'autorité fédérale conserve théoriquement la majorité des compétences de santé, même si celle-ci délègue dans les faits une grande part de ces compétences aux Länder et aux caisses d'assurance. En Allemagne, l'entité fédérale dispose d'un pouvoir restreint, alors que les entités fédérées sont responsables de nombreuses tâches, avec une forte délégation aux organisations chargées du paiement des prestations. Enfin, les entités fédérées belges ont vu le périmètre de leurs compétences de santé augmenter au fil des réformes institutionnelles, inscrivant le pays dans un processus de décentralisation des soins de santé. L'autorité fédérale conserve toutefois une part importante de compétences.

	Suisse	Autriche	Allemagne	Belgique
Compétences de l'autorité fédérale	Principalement cadre législatif Orientation générale, planification	Majorité des soins de santé, sauf les soins hospitaliers (juste le cadre de référence), forte délégation	Cadre législatif	Réglementation et financement de l'assurance maladie obligatoire, fonctionnement et financement des hôpitaux, réglementation des professionnels de la santé

⁶⁷ Faniel, « Santé : une répartition complexe des compétences ».

⁶⁸ Gerkens et Merkur, « Health system review: Belgium ».

Compétences des entités fédérées	Provision des soins, financement partiel des coûts, prévention et de l'éducation à la santé, délivrance d'autorisation d'exercer pour les professionnels de la santé, émission et de la mise en œuvre d'une grande partie de la législation relative à la santé	Soins hospitaliers, compétences déléguées par le fédéral	Planification hospitalière, services de santé publique, supervision	Soins aux personnages âgés et aux personnes handicapées, soins de santé mentale, soins primaires, soins à domicile et réadaptation
Compétences de provinces et/ou arrondissement et/ou communes	Services sociaux délégués par les cantons	Supervision sanitaire des hôpitaux, part du financement des hôpitaux	Activités de santé publique	Dépistage, coordination des services de santé mentale
Autres acteurs	Caisses d'assurance, organes de coordination, groupes d'intérêt, population suisse (via référendums)	Caisses d'assurance, partenaires sociaux, organes de coordination	Organisations corporatistes autonomes (caisses d'assurance-maladie, représentants des prestataires de soins), organes de coordination	Mutualités, INAMI, partenaires sociaux, organes de coordination

Tableau 1 : Comparaison de l'organisation des soins de santé

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

- ▶ Bachner, Florian, Julia Bobek, Katharina Habimana, Joy Ladurner, Herwig Ostermann, Lukas Rainer, Andrea E Schmidt, Martin Zuba, Wilm Quentin, et Juliane Winkelmann. « Health system review: Austria ». *Health Systems in Transition* 20, no 3 (2018).
- ▶ Blümel, Miriam, Anne Spranger, Katharina Achstetter, Anna Maresso, et Reinhard Busse. « Health system review: Germany ». *Health Systems in Transition* 22, no 6 (2020).
- ▶ De Pietro, Carlo, Paul Camenzind, Isabelle Sturny, Luca Crivelli, Suzanne Edwards-Garavoglia, Anne Spranger, Friedrich Wittenbecher, et Wilm Quentin. « Health System Review: Switzerland ». *Health Systems in Transition* 17, no 4 (2015): 1-288.
- ▶ Gerkens, Sophie, et Sherry Merkur. « Health system review: Belgium ». *Health Systems in Transition* 22, no 5 (2020).



Département d'économie
appliquée de l'ULB

dulbea.ulb.be

+32 (2) 650 41 11 • dulbea@ulb.be
Avenue Franklin D. Roosevelt 50, CP140
B-1050 Brussels

 [@dulbea_ulb](https://twitter.com/dulbea_ulb)

 [Dulbea ULB](https://www.linkedin.com/company/dulbea-ulb)

 [Dulbea ULB](https://www.youtube.com/channel/UC...)

BIBLIOGRAPHIE

- Bachner, Florian, Julia Bobek, Katharina Habimana, Joy Ladurner, Herwig Ostermann, Lukas Rainer, Andrea E Schmidt, Martin Zuba, Wilm Quentin, et Juliane Winkelmann. « Health system review: Austria ». *Health Systems in Transition* 20, n° 3 (2018).
- Bayenet, Benoît. « Asymétrie du fédéralisme belge : une analyse par les finances publiques (Working paper) ». DULBEA, janvier 2022.
- . « Note politique - Les derniers accords institutionnels belges sur la 6ème réforme de l'État et le financement des Communautés et des Régions ». IEV - Centre d'études du PS, janvier 2012.
- Blümel, Miriam, Anne Spranger, Katharina Achstetter, Anna Maresso, et Reinhard Busse. « Health system review: Germany ». *Health Systems in Transition* 22, n° 6 (2020).
- Bußjäger, Peter, et Christoph Schramek. « Austria (Federal Republic of Austria) Balancing Distributed Federalism with Centralization ». In *The Forum of Federations Handbook of Federal Countries 2020*, Palgrave Macmillan., 2020.
- « Chapitre 2. Réformer un système de santé très apprécié, mais coûteux ». *Études économiques de l'OCDE* 12, n° 12 (2011): 89-140.
- Constitution fédérale de la Confédération suisse (1999).
- De Pietro, Carlo, Paul Camenzind, Isabelle Sturny, Luca Crivelli, Suzanne Edwards-Garavoglia, Anne Spranger, Friedrich Wittenbecher, et Wilm Quentin. « Health System Review: Switzerland ». *Health Systems in Transition* 17, n° 4 (2015): 1-288.
- CRISP. « Entité fédérée - vocabulaire politique », 2023.
<https://www.voculairepolitique.be/entite-federee/>.
- Faniel, Jean. « Santé : une répartition complexe des compétences ». Les @analyses du CRISP en ligne, 29 décembre 2020. <https://www.crisp.be/>.
- Gerken, Sophie, et Sherry Merkur. « Health system review: Belgium ». *Health Systems in Transition* 22, n° 5 (2020).
- Gerritzen, Berit C., et Gebhard Kirchgässner. « Federalism in Health and Social Care in Switzerland ». In *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, édité par Joan Costa-Font et Scott L. Greer, 250-71. London: Palgrave Macmillan, 2013.
https://doi.org/10.1057/9781137291875_12.
- La Constitution belge (1831).
- Laible, Janet. « Devolution, Nationalism, and the Limits of Social Solidarity: The Federalization of Health Policy in Belgium ». In *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, édité par Joan Costa-Font et Scott L. Greer, 228-49. London: Palgrave Macmillan, 2013.
- « Le système de santé belge ». Cleiss, 2021. <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/belgique.html>.
- Belgium.be. « Les compétences des communes | Belgium.be ». Consulté le 31 octobre 2022.
https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/communes/competences.
- Belgium.be. « Les compétences des provinces | Belgium.be ». Consulté le 31 octobre 2022.
https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/provinces/competences.
- Loi constitutionnelle fédérale du 1er octobre 1920 (1920). <https://mjp.univ-perp.fr/constit/aut1920.htm#l>.
- Loi fondamentale pour la République fédérale d'Allemagne (1949).
- « State of Health in the EU - Austria ». OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, 2021.
- Trukeschitz, Birgit, Ulrike Schneider, et Thomas Cypionka. « Federalism in Health and Social Care in Austria ». In *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, édité par Joan Costa-Font et Scott L. Greer, 154-89. London: Palgrave Macmillan, 2013.
- Wollmann, Hellmut. « Les réformes du système local dans les länder allemands : entre communes fusionnées et intercommunalité ». *Revue française d'administration publique* N° 162, n° 2 (2017b): 313-26.