

Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne

Le Danemark

Sandrine Chambaretaud

Chargée de mission,
Commissariat général au plan

Diane Lequet

Chargée de mission sur les dossiers
internationaux, direction de la
Recherche, des Études, de l'Évolution et
des Statistiques (Drees)

Les pays scandinaves ont des systèmes de santé souvent cités en référence. Adsp se propose de présenter successivement, dans trois numéros, l'organisation sanitaire de ces pays. Nous commencerons par le Danemark.

Les systèmes de santé des trois pays nordiques de l'Union européenne (Danemark, Suède, Finlande) reposent sur des principes fondateurs communs : une couverture et un accès universels aux soins, un financement essentiellement assuré par l'impôt, une très forte prédominance du secteur public — tant en ce qui concerne le financement que la fourniture des soins — et une structure très décentralisée. Cette dernière caractéristique est ce qui distingue ces systèmes de santé des autres systèmes de type « béveridgien¹ » comme le NHS britannique. Dans les pays scandinaves, les autorités locales — comtés en Suède et au Danemark, municipalités en Finlande — sont responsables du financement. Elles disposent donc du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé. Elles sont également responsables de l'organisation et de la fourniture des soins. Il s'agit de modèles fonctionnant selon le principe de subsidiarité, l'intervention de l'État central étant limitée à certains domaines spécifiques tels que, par exemple, la définition d'un panier de soins minimum, les procédures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments... L'État central joue toutefois un rôle important dans la définition des priorités et des grands objectifs de santé publique.

Cette série d'articles propose un

1. Il s'agit de systèmes de santé influencés par le rapport de Beveridge de 1942 sur la sécurité sociale (rapport qui est à l'origine de la mise en place du NHS britannique).

éclaircissement sur ces systèmes de santé afin d'en appréhender, au-delà de ces points communs, les spécificités.

Regards sur le Danemark

Durant la seconde moitié du XIX^e siècle au Danemark, salariés, agriculteurs et artisans s'organisent au sein de syndicats pour les uns, de coopératives pour les autres, afin d'offrir une protection contre le risque maladie. Bismarckienne à son origine, l'assurance maladie s'éloigne de ce modèle en 1973 quand le gouvernement social-démocrate abolit les différents régimes existants pour les remplacer par un service national de santé inspiré de la logique de Beveridge.

L'administration du service national de santé est très décentralisée. Elle est fondée sur les structures locales (comtés, municipalités) du système antérieur. Elles sont gouvernées par des conseils élus. Toutes les propositions faites au niveau central sont appliquées librement par les autorités locales. Si l'action des municipalités, au nombre de 275, est plus axée sur les problèmes sociaux et la prise en charge des personnes âgées et handicapées, les comtés sont responsables du fonctionnement du système de santé. En effet, les 14 comtés, dont la population varie de 46 000 à 600 000 personnes, consacrent près de 75 % de leur budget à la gestion des services de santé. Ils sont propriétaires des structures hospitalières et autorisent l'installation des médecins généralistes.



**Danemark, Suède, Finlande
Quelques données
socio-démographiques**

Parmi ces trois pays, la Suède est celui qui compte la population la plus importante avec 8,9 millions d'habitants contre 5,3 millions pour le Danemark et 5,2 millions pour la Finlande ; c'est aussi le pays où la part des plus de 65 ans est la plus forte (17,4 % de la population en 2000), les personnes de plus de 65 ans en Finlande et au Danemark représentant environ 15 % de la population.

La densité de la population est particulièrement faible en Finlande (15 hab. par km²) et en Suède (20 hab. par km²), alors que le Danemark est relativement plus peuplé (122 habitants par km²). En termes de richesse, c'est au Danemark que le produit intérieur brut par tête est le plus élevé (29 340 euros en parité de pouvoir d'achat en 2000), la Finlande et la Suède ayant un produit intérieur brut par tête de l'ordre de 25 000 euros en parité de pouvoir d'achat en 2000. L'espérance de vie en 1999 était pour les hommes de 73,8 ans en Finlande, 74,2 ans au Danemark et 77 ans en Suède ; pour les femmes, elle était de 79 ans au Danemark, de 81 ans en Finlande et de 81,9 ans en Suède.

Sources : OCDE-Ecosanté, OMS

**Offre de soins
et modalités d'accès aux soins**

L'offre de soins est proche de la moyenne européenne en ce qui concerne la densité médicale ; elle est, en revanche, plus faible pour l'hôpital. La place du secteur public est prépondérante tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier. Les lits privés représentaient moins de 1 % de l'offre de soins hospitaliers (entre 100 et 200 lits) en 1999.

Les médecins généralistes exercent dans un cadre libéral (avec un paiement à l'acte), mais n'en sont pas moins rémunérés par le service national de santé. La participation des usagers est relativement marginale et concerne uniquement les soins dentaires et les médicaments. Les consultations médicales et l'hospitalisation sont entièrement financés par le service national de santé.

Les patients accèdent aux soins secondaires² après une consultation avec un médecin généraliste, excepté en cas d'urgence où les assurés peuvent se rendre directement à l'hôpital. Toutefois, l'assuré a la possibilité d'échapper à la filière de soins en finançant une partie de ses soins, mais 3 % seulement des Danois ont choisi cette option.

Les délais d'accès aux soins secondaires sont parfois importants et la persistance de listes d'attente est un problème majeur. Depuis 1993, les patients choisissent librement leur hôpital dans leur comté de résidence ou à l'extérieur si les soins qui leur sont nécessaires n'y sont pas dispensés. En 2002, la liberté de choix des patients a été élargie aux hôpitaux privés et étrangers lorsque le service national de santé ne pouvait prendre en charge ces patients dans un délai de deux mois. De plus, le nouveau gouvernement danois vient d'engager 200 millions d'euros pour financer investissements et heures supplémentaires dans les hôpitaux qui réduisent effectivement les listes d'attente.

La qualité des soins est une préoccupation majeure dans l'ensemble des pays nordiques. Un comité national est actuellement chargé de réfléchir à un modèle d'accréditation pour l'ensemble des hôpitaux danois et, depuis 1993, la moitié des comtés a mis en place un système de

2. Les soins secondaires comprennent les soins fournis par les médecins spécialistes et les soins hospitaliers.

conventions avec les hôpitaux qui décrit les objectifs à atteindre en termes d'activité et de qualité, les hôpitaux restant toujours financés dans le cadre d'un budget global ; ces contrats ne prévoient pas de sanctions en cas de non-respect des objectifs, mais des manquements persistants peuvent entraîner des réductions de salaires des gestionnaires hospitaliers.

**L'état de santé de la population :
le prix du tabac et de l'alcool**

Bien que l'espérance de vie ne puisse être considérée en elle-même comme un indicateur pertinent des performances d'un système de santé, elle reste un élément important d'appréciation de l'état de santé d'une population. L'espérance de vie des Danoises à la naissance est la plus faible parmi les treize pays européens pour lesquels on dispose de données en 1999 (c'est-à-dire sans l'Italie et la Grèce) et les résultats en termes d'espérance de vie masculine sont relativement peu satisfaisants. On retrouve le même phénomène lorsqu'on analyse l'espérance de vie à 65 ans, à la fois pour les hommes et pour les femmes.

Le Danemark se singularise ainsi des autres pays européens dans la mesure où, entre 1980 et 1995, l'espérance de vie à la naissance des femmes n'a progressé que de 6 mois ; sur la même période, l'espérance de vie des femmes a augmenté de 2,5 ans en Suède et de 3,5 ans en France.

Le taux de mortalité infantile et son évolution depuis 1980 confirment ces résultats sanitaires plutôt décevants ; en effet, alors que le taux de mortalité infantile était relativement faible au Danemark en 1980, les progrès réalisés y ont été beaucoup plus lents que dans les autres pays européens (tableau 1).

tableau 1

**La mortalité infantile :
taux de décès pour 1 000
naissances vivantes**

	1980	2000	Progression 1980-2000
Danemark	8,4	5,3	-37 %
Moyenne UE	12,3	5,0	-60 %

Source : Eco-Santé OCDE 2002

D'autres éléments, liés aux comportements et aux modes de vie, sont également intéressants à noter. Le taux de mortalité par cancer est, par exemple, largement supérieur à celui observé dans les autres pays (222 décès sur 100 000, contre 159 en Finlande et en Suède), mais l'incidence des cancers y est aussi supérieure (561 cas pour 100 000, contre 420 en Finlande et 483 en Suède).

Une étude parue dans le *British Medical Journal* en 2000³ met en évidence la forte mortalité associée au tabac chez les femmes. Si, durant les années cinquante, le tabac était responsable de 1 % des décès des femmes entre 55 et 84 ans, en 1990 ce chiffre s'élevait à un quart des décès.

Les chiffres publiés par l'OMS sur les causes de décès corroborent cette analyse. Le Danemark arrive en tête des pays européens en ce qui concerne les décès liés à l'alcool pour les femmes et deuxième pour les décès liés au tabac⁴.

Des dépenses de santé par tête plus élevées qu'en France, mais dont le poids dans la richesse nationale est mieux contrôlé

Les dépenses de santé par habitant sont relativement élevées au Danemark, qui arrive en 6^e position derrière les États-Unis, la Norvège, l'Allemagne, le Luxembourg et le Canada (figure 1).

Ces dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 81 % par le secteur public, les dépenses privées étant concentrées sur les médicaments, les soins dentaires et la kinésithérapie.

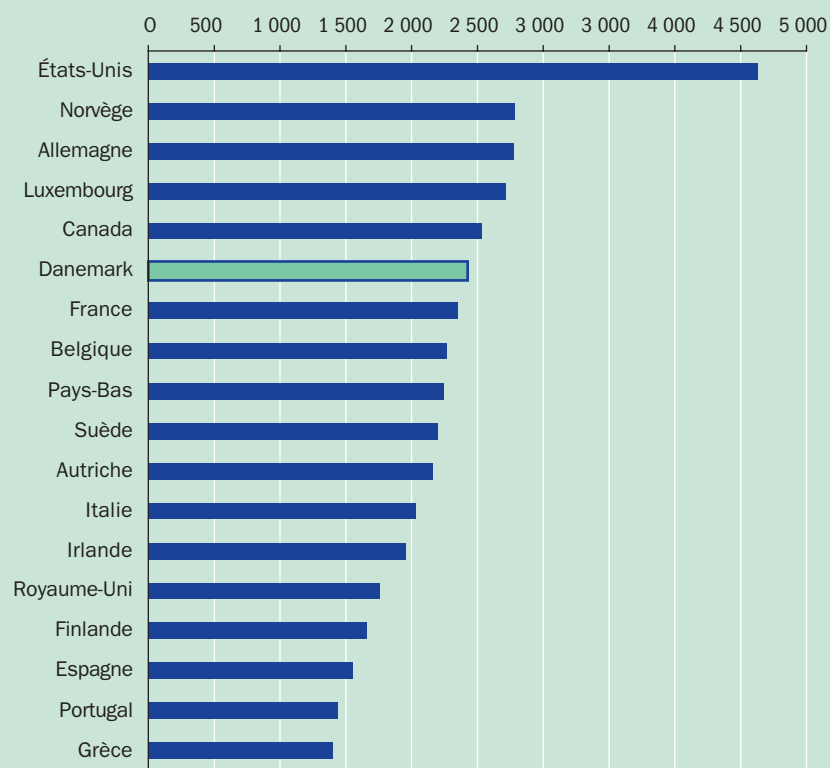
Entre 1988 et 1999, les dépenses de santé totales ont crû à un rythme annuel moyen de 2,3 %. Un des faits marquants de cette croissance est l'évolution des dépenses pharmaceutiques, qui représentaient 35 % des dépenses en soins de ville en 1999 contre moins de 30 % dix ans plus tôt. Un autre poste a connu une croissance rapide, celui de la « médecine

3. Knud Juel. « Increased mortality among danish women : ppopulation based register study », *BMJ*, 5 ;321, 2000.

4. Il faut toutefois rester très prudent car l'indicateur OMS comptabilise les décès dus à des pathologies dont on sait que le tabac (et respectivement l'alcool) est un facteur de risque. Il s'agit donc d'un indicateur assez brut, qui ne mesure pas exactement le poids du tabac (et respectivement de l'alcool) dans la mortalité.

figure 1

Les dépenses de santé par habitant dans les principaux pays de l'OCDE en 2000



Données : Eco-Santé 2002 et OMS

physique » (kinésithérapie, ostéopathie, etc.). Dans le même temps, le poids des consultations de généralistes et de spécialistes a diminué.

Si les dépenses de santé sont relativement élevées, leur progression est restée modérée et, surtout, proche de celle de la richesse nationale. Depuis 1984, la part des dépenses de santé dans le PIB est stabilisée entre 8,7 % et 8,2 %.

Pour conclure ...

Deux problèmes sont au cœur des discussions actuelles sur le système de santé danois : la persistance de listes d'attente importantes, la décentralisation du système.

Le rapport de l'OMS sur le système de santé danois (*Health Care Systems in Transition*, 2001) souligne l'existence de disparités importantes entre comtés en termes de listes d'attente ou d'accès aux innovations médicales, disparités qui seraient liées à la décentralisation. Cependant les inégalités entre comtés

concernent surtout les soins secondaires, les soins primaires étant à peu près uniformément répartis sur le territoire.

Durant les dernières élections, les usagers avaient tout de même fait part de leur mécontentement à ce sujet et des débats ont été ouverts sur le niveau optimal de décentralisation. Un comité chargé d'étudier une réforme du système de santé a remis un rapport au gouvernement en janvier 2003. Trois solutions sont envisagées : supprimer certains des 14 comtés pour donner à cet échelon décentralisé la taille efficiente pour organiser réellement une planification sanitaire ; créer des régions sanitaires couvrant de 400 000 à 700 000 habitants, qui reprendraient les responsabilités du comté dans le secteur hospitalier ; enfin, à l'instar du modèle finlandais, donner aux municipalités la responsabilité sanitaire et sociale en leur permettant de faire jouer la concurrence entre les structures et de passer des contrats avec les hôpitaux de leur choix. ■