

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

## En Finlande, un système de santé « municipal »

**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'Évaluation et des Statistiques (Drees)

**Ce texte sur la Finlande est le deuxième volet d'une série de trois articles consacrés aux systèmes de santé des pays nordiques de l'Union européenne.**

**T**out comme le système de santé danois, le système de santé finlandais repose sur un modèle beveridgien de type service national de santé. Ses promoteurs se sont fondés sur les mécanismes antérieurs de prise en charge des dépenses de santé qui relevaient des municipalités. Au début des années quatre-vingt-dix, des difficultés de financement liées à la crise économique ont entraîné des coupes importantes dans les dépenses sociales, en particulier dans le secteur de la santé. Parallèlement, sous l'inspiration des théories du *New Public Management*, le mouvement de décentralisation a été accentué en 1993 et une certaine concurrence introduite entre les structures hospitalières.

### Un système très décentralisé

La Finlande est un pays extrêmement décentralisé, tant sur le plan politique que sur celui de l'organisation et de la gestion du système de santé. Les 448 municipalités, gouvernées par des conseils élus, sont l'échelon responsable en termes de santé et bénéficient d'une grande liberté et d'une grande autonomie dans l'organisation de système de santé local. Elles ont la capacité de contracter avec des praticiens privés pour la fourniture de certains types de soins (soins dentaires, par exemple) ou de mettre en place des dispensaires spécialisés. Elles contribuent aussi au financement des dépenses de santé et lèvent des impôts et des taxes pour couvrir leurs obligations en matière sanitaire. Quant aux soins hospitaliers,

ils sont gérés au sein de 20 districts qui regroupent une population comprise entre 70 000 et 800 000 habitants, chaque commune étant tenue d'appartenir à un district hospitalier.

Des normes générales concernant l'offre de soins, les modalités de la prise en charge et la qualité sont définies au niveau national. En cas de manquement des municipalités, le gouvernement central saisit le « Conseil de sécurité de base », qui correspond en France aux corps d'inspection et de contrôle.

La petite dimension de certaines municipalités est une des difficultés principales soulevées par cette très forte décentralisation. En effet, 75 % des municipalités comprennent moins de 10 000 habitants et 20 % moins de 2 000 habitants. Des associations intercommunales ont donc été créées afin d'assurer la fourniture de certaines prestations comme, par exemple, les soins psychiatriques ou les services aux personnes handicapées. L'Association finlandaise des autorités locales fédère l'ensemble des municipalités et joue auprès d'elles le rôle d'expert, de conseil juridique et de communication.

Depuis la réforme de 1993, les municipalités négocient directement avec les hôpitaux les prix des prestations qu'elles achètent pour leurs assurés, en l'absence de toute règle au niveau national. Il en résulte de fortes variations, parfois au sein d'un même district hospitalier. Cette concurrence se fait généralement au détriment des petites municipalités. Il existe toutefois un dispositif d'égalité

sation des dépenses communales pour les patients les plus coûteux (selon les districts, le seuil varie de 16 800 à 84 000 euros), toutes les communes du district participant à la dépense, ce qui limite le risque financier.

### Le système de santé face à la crise économique des années quatre-vingt-dix

Au début des années quatre-vingt-dix, la Finlande a connu une crise économique d'une ampleur exceptionnelle. Parmi les raisons majeures de cette crise, notons le démantèlement de l'Union soviétique qui représentait un cinquième des exportations du pays, la libéralisation des marchés financiers et une série de mesures économiques peu appropriées. En deux ans (1991-1992), le produit intérieur brut (PIB) a diminué de 10 % et le chômage a considérablement augmenté, de 3,2 % en 1990 à 16,3 % en 1993. Ce contexte a obligé le gouvernement à procéder à des coupes budgétaires importantes dans les programmes sociaux et sanitaires.

### Une évolution modérée des dépenses de santé depuis le milieu des années quatre-vingt-dix

La fin des années quatre-vingt-dix est marquée à la fois par la forte croissance du PIB et par une évolution modérée des dépenses de santé. La maîtrise de la crois-

sance des dépenses de santé semble donc être effective depuis la crise de 1993. Les dépenses de santé *per capita* n'ont que peu évolué depuis 1990 : 1 560 euros selon les données de l'OCDE en 1999 (figure 1).

Par rapport aux autres pays de l'Union européenne, la Finlande consacre une part moindre de sa richesse nationale à la santé. En 2000, les dépenses de santé représentaient 6,6 % du PIB en Finlande, 8,3 % au Danemark, 8,4 % en Suède et 8 % en moyenne au sein de l'Union.

En septembre 2001, la Finlande a lancé un projet national de développement du système de santé, destiné à assurer l'avenir des soins dans le pays. Ce projet a été l'occasion pour les experts de réclamer une augmentation des ressources du système de santé finlandais pour atteindre la moyenne des dépenses de santé pour l'Union européenne.

### Une participation financière de l'État sous forme d'enveloppes fermées

La réforme de 1993 a augmenté le pouvoir financier des municipalités et leur liberté de décision en termes de régulation. Les modalités de la participation financière de l'État ont aussi connu une évolution importante. Alors que, traditionnellement, l'État prenait en charge une partie des dépenses de santé supportées par les municipalités, les subventions sont



### Danemark, Suède, Finlande Quelques données sociodémographiques

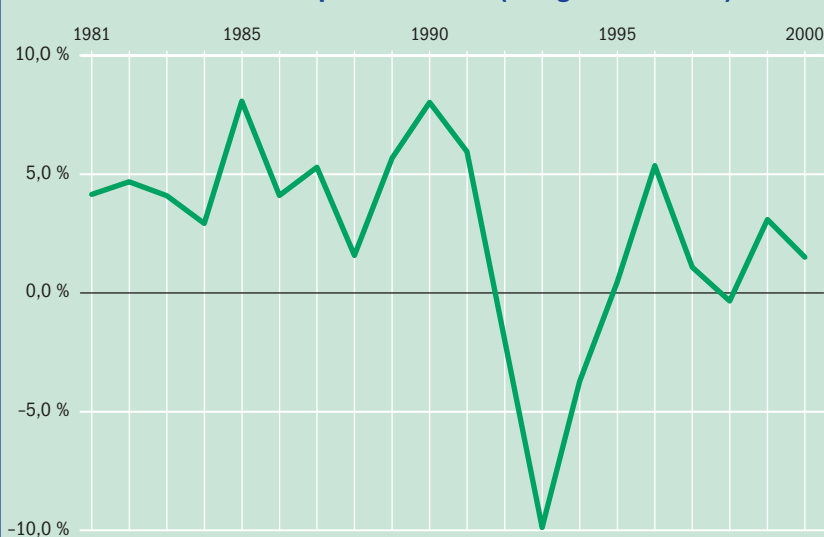
Parmi ces trois pays, la Suède est celui qui compte la population la plus importante avec 8,9 millions d'habitants, contre 5,3 millions pour le Danemark et 5,2 millions pour la Finlande ; c'est aussi le pays où la part des plus de 65 ans est la plus forte (17,4 % de la population en 2000), les personnes 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 km<sup>2</sup>) et en Suède (20 hab. par km<sup>2</sup>), alors que le Danemark est relativement plus peuplé (122 habitants par km<sup>2</sup>). 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

figure 1

### Le taux de croissance des dépenses de santé (corrige de l'inflation)



Source : OCDE- Ecosanté 2002.

maintenant distribuées sous la forme d'enveloppes, calculées sur la base d'un système de capitation pondérée en fonction de la structure par âge et de la morbidité. Ces enveloppes, qui sont déterminées en début d'exercice, ne sont pas susceptibles d'être modifiées en fonction des dépenses réelles des municipalités. Cette évolution s'est accompagnée d'une réduction de la participation du gouvernement central aux dépenses de santé, qui est passée de 35 % à 18 % en 1999. En termes d'incitations, l'objectif de ce nouveau mode de financement du gouvernement central est d'encourager l'échelon local à améliorer l'efficacité du système de santé en lui faisant supporter le poids financier de ses décisions.

### Une offre de soins essentiellement publique

L'offre de soins est globalement inférieure à la moyenne européenne, surtout pour les lits hospitaliers (2,5 pour 1 000 contre 4,1 en moyenne pour l'Union européenne). Les capacités hospitalières en soins aigus ont été fortement réduites entre 1990 et 1998, où un tiers des lits a été supprimé. Cette évolution s'est accompagnée d'une réduction encore plus forte de la durée de séjour, de 7 jours en 1990 à 4,5 jours en 1998 en moyenne dans les services de court séjour. La densité de médecins — 3,1 ‰ en 1999 — est, en revanche, proche de la moyenne européenne.

La place du secteur public est prépondérante tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier. Les médecins généralistes sont employés directement par les centres de santé locaux et plus de 9 médecins sur 10 exercent dans le secteur public. Cependant un tiers des médecins ont une activité privée à temps partiel et 20 % des consultations en ville relèvent de ce secteur. Dans le domaine hospitalier, les lits privés représentent moins de 5 % des lits, en 1999, selon les données de l'OMS. L'activité du secteur hospitalier privé est fortement concentrée puisque 43 % des interventions réalisées concernaient la chirurgie orthopédique et étaient le fait de deux établissements à but non lucratif dont les principaux clients sont les municipalités.

### L'accès aux soins : filère et listes d'attente

L'accès aux soins primaires est essentiel-

## Un programme de santé publique ambitieux

Le gouvernement finlandais a adopté un ambitieux programme de santé publique « Santé 2015 » élaboré après consultation des autorités locales de santé, des syndicats, des organisations professionnelles, des services de santé, d'experts et de représentants des citoyens. Ce programme se décompose en huit objectifs à atteindre en matière d'amélioration de l'état de santé et de réduction des inégalités qui concernent différents groupes d'âge. Ces huit objectifs se déclinent selon trente-six lignes d'action identifiées.

Parmi les objectifs affichés, notons : la réduction d'au moins 15 % des fumeurs parmi la population âgée de 16 à 18 ans, ainsi que la volonté de

baisser la proportion des jeunes qui ont des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool et ou de drogue au niveau de 1990 ; aider les personnes en âge de travailler à rester au moins trois ans de plus au travail ; réduire les inégalités de santé entre les femmes et les hommes et entre les catégories socioprofessionnelles ; un accroissement de la durée de vie en bonne santé de deux ans par rapport au niveau observé en 2000.

Le programme souligne le rôle fondamental joué par les municipalités dans la réalisation des objectifs affichés en raison de leur autonomie et de leurs pouvoirs croissants.

lement assuré par des centres de santé locaux qui regroupent des médecins généralistes, des infirmières, du personnel paramédical et même des travailleurs sociaux. La spécificité finlandaise tient au rôle des infirmières, qui peuvent constituer la porte d'entrée aux soins secondaires, au même titre que les médecins. En effet, historiquement, le manque de médecins a induit, en compensation, un développement important du corps infirmier. Les infirmières ont leurs propres cabinets de consultation et fournissent une grande partie des soins maternels et infantiles, des soins aux personnes âgées et handicapées. Elles jouent un rôle fondamental en matière de prévention. Leur densité est largement supérieure à celle observée dans les autres pays européens (22 ‰ en 1998).

Certaines municipalités ont mis en place, dans les années quatre-vingt, le système du « *personal doctor* » dans lequel les patients s'inscrivent auprès d'un médecin particulier au sein du centre de santé dont ils dépendent, ce médecin devenant une sorte de « médecin référent ». Ce système, qui concerne aujourd'hui 55 % de la population finlandaise, a entraîné une modification des règles de rémunération : le revenu d'un généraliste, dans ce cadre, est constitué pour 60 % d'une part salariale, pour 20 % d'un paiement à la capitation, pour 5 % d'un paiement à l'acte, le reste étant des rémunérations liées à des arrangements locaux. Les autres médecins généralistes

sont toujours rémunérés sur une base salariale.

Les patients accèdent aux soins de spécialistes et hospitaliers après une consultation avec un médecin généraliste ou dans un centre de soins primaires. Ils sont dirigés vers l'hôpital désigné par leur médecin généraliste et n'ont donc pas de liberté de choix.

Les délais d'accès à ces soins sont parfois importants et la persistance de listes d'attente est un des problèmes majeurs du système de soins finlandais. Ce phénomène est observable dans la plupart des services de santé nationaux où l'universalité des droits et la quasi-gratuité des soins entraînent souvent un rationnement quantitatif dans un contexte de ressources budgétaires limitées.

Le plan d'action 2002 demande que des délais maximaux pour l'accès aux soins tant primaires que secondaires soient arrêtés. L'hôpital, ou le centre de soins, qui ne pourra pas respecter ces délais devra organiser et financer la prise en charge du patient dans une autre municipalité ou dans le secteur privé. Un logiciel médical national, contenant des données sur les soins offerts dans toutes les unités de santé du pays, devrait être mis en place d'ici 2006 pour faciliter la liberté de choix du patient en cas de manquement de sa collectivité locale.

La gratuité totale des soins était un des principes fondateurs des systèmes nationaux de santé du nord de l'Europe,

mais aujourd'hui une participation financière est demandée aux patients. Des tickets modérateurs ont été mis en place pour la plupart des biens et services médicaux; d'un montant variable selon les municipalités, ils sont tout de même limités par un plafond annuel fixé au niveau national. Ce plafond est de 589 euros pour les soins et de 580 euros pour les achats de médicaments. La Finlande est, avec la France, un des pays d'Europe où le taux de contribution des ménages est le plus élevé.

### Des inégalités d'accès

Les inégalités de recours aux soins entre habitants des différentes municipalités en Finlande sont soulignées aussi bien par les experts que par le gouvernement. Les dépenses de santé par habitant varient ainsi dans un rapport de 1 à 2,5 selon les municipalités et l'installation de praticiens dans certaines zones éloignées reste difficile. Le plan stratégique du gouvernement « Santé 2015 » rappelle que, même si parmi les quatre priorités du programme « Santé pour tous » de 1986 figurait la réduction des disparités géographiques d'accès aux soins, « les différences interrégionales ont diminué en termes absolus, mais le différentiel relatif reste identique ». En effet, certaines municipalités ont des difficultés à financer tous les soins nécessaires à leurs résidents et leurs responsables politiques hésitent souvent à augmenter les impôts pour couvrir l'accroissement de dépenses de santé, craignant de ne pas être réélus.

Les disparités les plus fortes d'accès aux soins sont liées aux soins mal ou non couverts par le système public et à la concentration dans les régions urbaines les plus riches et les plus peuplées des services de soins privés. La possibilité de se faire soigner par des praticiens privés ou dans des cliniques permet aux personnes à hauts revenus d'échapper aux contraintes du service public. De même, les personnes qui travaillent dans des grandes entreprises ont plus de facilités d'accès aux praticiens grâce aux services de médecine du travail.

Le rapport de l'OCDE publié en novembre 2003 sur l'équité des systèmes de santé souligne que la Finlande est le seul des 21 pays étudiés où il existe un biais en faveur des plus riches en termes de consultations médicales (généralistes et spécialistes).

## références

1. Chambaretaud S., Lequet-Slama D. « Les systèmes de santé nationaux du nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix ». *Revue française des Affaires sociales*, n° spécial « L'État providence nordique : ajustement, transformations au cours des années quatre-vingt-dix », n° 4 oct.-déc. 2003.
1. European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition*. Finland : 2002.
2. Biese M., Lefebvre A. *Notes de politiques sanitaire et sociale*. Édition 2003
3. Keskimaki I. « How did Finland economic recession in the early 90's affect socio-economic equity in the use of Hospital care ». *Social Science and medicine*, 2003, 56.
4. Lehto J., Moss N., Rostgaard T. « Universal public social care and health services ». *Nordic Social Policies*, ed. Mikko Kautto, 1999.
5. Minogue M. « Should flawed models of public management be exported? Issues and practises ». In : *The Internationalization of Public Management : Reinventing the Third World State*, McCourt W., Minogue M. (eds), Elgar E. Cheltenham, UK/Northampton, 2001.
6. Pollitt, C., Bouckaert, G. *Public Management Reform : a comparative analysis*. Oxford : Oxford University Press, 1999.
7. Sogaard J. « La tarification à la pathologie des services hospitaliers : la manière scandinave ». *Dossiers solidarité-santé*, numéro hors série, 2002;

Cela signifie qu'à besoin équivalent<sup>1</sup>, les personnes dont le revenu est le plus élevé vont plus souvent consulter un médecin. Deux explications principales sont avancées. D'une part, les consultations ayant lieu dans le cadre de la médecine du travail sont incluses dans l'analyse, or les plus pauvres, n'occupant généralement pas d'emploi, en sont, de fait, privés; d'autre part, le recours aux centres de santé publics est supérieur pour les plus pauvres, ce recours n'impliquant pas forcément, en Finlande, un contact avec un médecin. Il existe donc des structures de consommation différentes selon le revenu, les personnes aisées consultant plus souvent des médecins (généralistes et surtout spécialistes), alors que les plus pauvres ont recours aux centres de soins primaires.

### Perspectives

Comme dans les autres pays nordiques, l'évolution du système de santé est au cœur des débats politiques. En effet, la persistance des listes d'attente dans les hôpitaux, les difficultés que connaissent certaines municipalités pour financer les soins, le constat d'inégalités d'accès aux soins, le manque de régulation générale

hospitalière sont autant d'éléments qui interrogent les pouvoirs publics.

À la demande des autorités finlandaises, l'OMS a diligenté, en 2002, une équipe de 7 experts internationaux qui a conduit plus de 100 entretiens sur la politique de promotion de la santé. Une des recommandations de ces experts souligne la nécessité d'une amélioration des relations entre une autorité sanitaire nationale forte et les autorités municipales.

Le précédent gouvernement finlandais avait lancé une réflexion sur l'avenir du système de soins et le niveau de décentralisation optimal. Une des propositions portait sur une diminution du nombre des districts hospitaliers et la création de secteurs sanitaires pour rapprocher les services de soins primaires et les hôpitaux. Le nouveau gouvernement finlandais, élu en avril dernier, a décidé d'inciter les municipalités à fermer les centres de santé les plus petits, pour que chaque centre couvre 20 000 à 30 000 habitants, sauf dans les zones rurales, afin de continuer à réaliser des économies d'échelle. ■

1. Les besoins sont définis en fonction de deux critères : la santé perçue et les limitations dans les activités de la vie quotidienne liées à l'état de santé.