

N° 214 • janvier 2003

Les systèmes de santé nordiques tels qu'ils apparaissent au Danemark, en Suède et en Finlande sont caractérisés par des principes communs : une couverture et un accès aux soins universels, une offre de soins et un financement essentiellement publics. Ce dernier couvre 75 à 82 % des dépenses contre 74 % en moyenne dans l'Union européenne. Les dépenses de santé restent inférieures dans ces pays à la moyenne européenne, avec des taux de croissance relativement modérés. Fortement décentralisés pour l'organisation et la gestion des soins, hospitaliers comme ambulatoires, ces systèmes de santé sont essentiellement financés par des impôts régionaux ou locaux. Les capacités hospitalières n'y sont pas plus élevées qu'ailleurs, voire notablement plus faibles en Suède et en Finlande. Les réformes entreprises au cours des années 90 ont assoupli le rôle de planification de l'État en étendant la responsabilité financière directe des collectivités locales, et en recherchant une meilleure adaptabilité de l'offre de soins. De même, l'introduction de formules mixtes de rémunération des médecins (salaire, capitation et actes) et d'une plus grande liberté de choix des patients ont voulu rendre les systèmes plus attractifs et plus efficaces – les délais d'attente demeurant en tout état de cause un problème prioritaire. Avec cette organisation très décentralisée, la densité du réseau médical et l'accès aux soins restent, en outre, des préoccupations majeures.

Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins

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 aux soins universels, un financement essentiellement assuré par l'impôt, une 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 « public intégré » comme le *National Health Service* britannique (NHS)¹. Dans les pays nordiques, les comtés – ou les municipalités en Finlande – sont responsables du financement, ils disposent donc du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé. Ils 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 publique².

1. Service national de santé.

2. Voir aussi, D. LEQUET-SLAMA, « Prévention et choix des priorités de santé publique dans quelques pays européens », *Document de travail*, Série Études, n° 4, DREES, septembre 2000, pp. 20-23.

Sandrine CHAMBARETAUD et Diane LEQUET-SLAMA
Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées
DREES

Durant les années 90, la décentralisation est devenue dans de nombreux pays un élément fondamental des réformes des systèmes de santé (par exemple, la réforme travailliste au Royaume-Uni³). Parmi les raisons mises en avant figure la volonté de mieux prendre en compte les réalités locales et de donner un caractère plus démocratique au fonctionnement du système.

Dans les trois pays nordiques examinés, la décentralisation a été un axe majeur des réformes entreprises. Son développement a été fortement facilité par les traditions culturelles et historiques des trois pays. La multiplication des centres de décisions et des services a toutefois pu engendrer certaines inégalités d'accès aux soins.

La présente étude a pour objet, après avoir rappelé le cadre dans lequel s'inscrivent les systèmes de santé des trois pays nordiques, de présenter leurs évolutions récentes, notamment en ce qui concerne la décentralisation et ses conséquences.

*des caractéristiques diverses
en termes d'état de santé
et d'offre de soins*

2

Des indicateurs d'état de santé moins bons au Danemark qu'en Suède, avec en toile de fond le problème de l'alcoolisme

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. Les pays nordiques présentent, dans ce domaine, des résultats contrastés (tableau 1). Ainsi, la Suède se classe en première position parmi les pays de l'Union européenne en ce qui concerne l'espérance de vie des hommes à la naissance et troisième en termes d'espérance de vie des femmes (derrière la France et l'Espagne). Pour la Finlande, les résultats sont honorables (5^{ème} position) en termes d'espérance de vie des femmes à la naissance mais médiocres pour les hommes. Quant au Danemark, l'espérance de vie des femmes à

T.01 l'espérance de vie en 1999

	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Danemark	74,2	79,0	14,9	18,1
Finlande	73,8	81,0	15,1	19,2
Suède	77,0	81,9	16,5	19,9
France	75,0	82,5	16,5	21,0

Source : Eco-Santé OCDE 2002.

T.02 la mortalité infantile : taux de décès pour 1 000 naissances vivantes

	1980	2000	Progression 1980-2000 (en %)
Danemark	8,4	5,3	-37
Finlande	7,6	3,8	-50
Suède	6,9	3,4	-51
France	10,0	4,5	-55
Moyenne UE	12,3	5,0	-60

Source : Eco-Santé OCDE 2002.

T.03 l'offre de soins / 1 000 habitants en 1999

	Médecins en activité	Lits, hôpitaux, soins aigus	Infirmières en activité
Danemark	3,4	3,3	9,4
Finlande	3,1	2,5	21,7
Suède	2,9	2,5	8,3*
France	3,3	4,2	6,5
Moyenne UE	3,3	4,1	10,0*

* données 1998.
Source : Eco-Santé OCDE 2002.

la naissance y 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 ses résultats en termes d'espérance de vie masculine sont relativement peu satisfaisants. On retrouve le même classement lorsqu'on analyse l'espérance de vie à 65 ans, à la fois pour les hommes et pour les femmes.

Entre 1980 et 1999, l'espérance de vie des hommes à la naissance n'a, en outre, progressé que de 4,2 % au Danemark contre 5,8 % en Suède et 6,6 % en Finlande ; pour les femmes, les progrès réalisés sont

plus faibles : +2,2 % au Danemark, +3,9 % en Suède et +4,4 % en Finlande⁴.

Le taux de mortalité infantile et son évolution depuis 1980 confirment les résultats sanitaires plutôt décevants du Danemark ; en effet alors que le taux de mortalité infantile était relativement faible dans ce pays en 1980, les progrès réalisés y ont été beaucoup plus lents que dans les autres pays européens. En revanche, la Finlande et surtout la Suède enregistrent de bons résultats avec un taux de mortalité infantile de 3,8 ‰ en Finlande et de 3,4 ‰ en Suède (tableau 2).

3. Pour une analyse de cette réforme, S. CHAMBARETAUD et D. LEQUET-SLAMA, « Le système de santé britannique : éléments d'analyse et réformes », in *Dossiers solidarité et santé*, n° 3, DREES, juillet-septembre 2002, pp. 21-33.

4. À titre de comparaison, l'espérance de vie à la naissance des hommes a progressé de 6,8 % en France sur la même période et celle des femmes de 5,2 %.

Ces indicateurs ne livrent toutefois qu'une vision globale et partielle de l'état de santé des populations. D'autres éléments, liés aux comportements et aux modes de vie, sont également intéressants à noter. Au Danemark, 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).

L'alcoolisme est devenu, en outre, une préoccupation majeure de santé publique dans les trois pays qui ont enregistré, au cours des dernières décennies, un accroissement de la mortalité lié à la cirrhose alcoolique du foie, de 5 pour 100 000 habitants en 1960 à 9 pour 100 000 en 1996. Il semble de plus que, sur les dernières années, cette tendance se soit accélérée. La consommation d'alcool pur par personne s'est aussi accrue notablement, de 4 litres par an en 1960 à près de 7 litres en 1996. En Finlande, la consommation d'alcool est plus forte que dans les deux autres pays : 8,8 litres par personne, avec surtout une recrudescence de la consommation excessive d'alcool par les jeunes. Alors que l'alcoolisme se traduisait traditionnellement

dans ces pays plutôt par des consommations excessives épisodiques que par une consommation quotidienne importante, la tendance semble s'être modifiée dans le sens d'une prise quotidienne et excessive de boissons alcoolisées pour certaines catégories de population marginalisées.

Des capacités hospitalières faibles en Suède et en Finlande

Parmi les trois pays nordiques, c'est au Danemark que l'offre de soins est la plus importante avec 3,4 médecins et 3,3 lits dans un établissement hospitalier de court séjour pour 1000 habitants.

En Finlande, la densité de médecins s'établissait à 3,1 ‰ en 1999, soit un niveau proche de la moyenne européenne. En revanche, la spécificité finlandaise tient au rôle des infirmières qui peuvent constituer une « porte d'entrée » aux soins secondaires au même titre que les médecins. Leur densité est largement supérieure à celle observée dans les autres pays européens (21,7 ‰ en 1999). Les capacités hospitalières en soins aigus ont été fortement réduites dans ce pays entre 1990 et 1999 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 1999 en moyenne dans les services de court séjour.

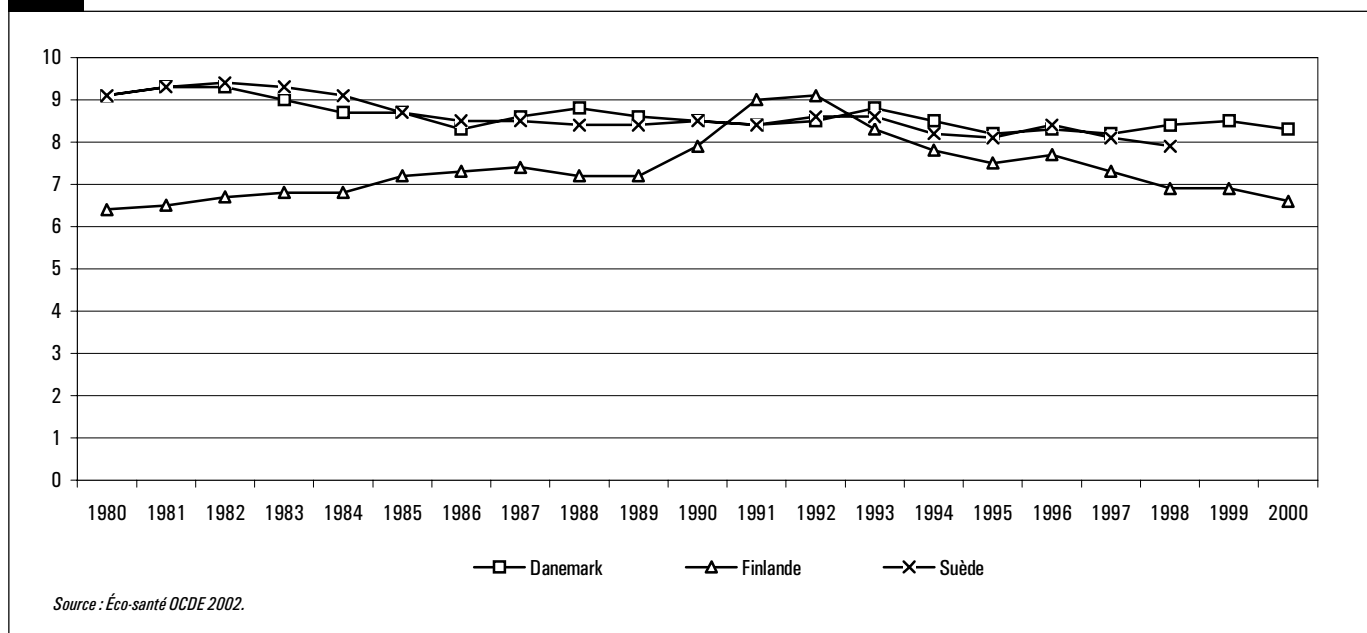
Enfin, en Suède, le nombre de médecins et le nombre de lits en court séjour sont relativement faibles comparés à la moyenne européenne (tableau 3).

Des dépenses de santé inférieures à la moyenne européenne

Les pays nordiques consacrent une part plus faible de leur richesse nationale à la santé que la moyenne des pays européens : la part des dépenses de santé dans le PIB s'établit ainsi à 6,8 % pour la Finlande, 7,9 % pour la Suède et 8,4 % pour le Danemark⁵ (graphique 1).

On peut noter qu'au Danemark et en Suède, la part des dépenses de santé a décliné de manière assez régulière au début des années 80. L'évolution apparemment très heurtée de la part des dépenses de santé dans le PIB en Finlande ne résulte pas seulement d'une forte volatilité des dépenses de santé mais aussi de la forte récession qu'a connue ce pays au début des années 90. Ainsi, les dépenses de santé représentaient en 1991-1992, plus de 9 % d'un PIB fortement diminué.

G
01 les dépenses de santé en % du PIB 1980-2000



5. À titre de comparaison, les dépenses de santé représentaient 9,3 % du PIB en France cette même année.

En Suède et au Danemark le taux de croissance des dépenses de santé (corrigé de l'inflation) est resté relativement modéré (graphique 2). En Finlande, la fin des années 90 est marquée à la fois par la forte croissance du PIB et par une évolution modérée des dépenses de santé, du même ordre que celle observée au Danemark et en Suède.

La maîtrise de la croissance des dépenses de santé ne semble donc pas être un problème majeur dans les pays nordiques.

L'opinion des citoyens sur leur système de santé diffère selon les pays

Selon l'enquête *Eurobaromètre*⁶, au sein des pays de l'Union européenne, les Finlandais se déclarent les plus satisfaits de leur système de santé puisque 78 % d'entre eux se déclarent « très satisfaits » ou « plutôt satisfaits » de leur système de santé ; ces proportions ne sont, à titre indicatif, que de 48 % au Danemark et de 46% en Suède, ce qui les placent tout de même au-dessus de la moyenne européenne (graphique 3).

le modèle nordique : l'articulation entre service public universel et démocratie locale

Les trois systèmes de santé nordiques sont caractérisés par une couverture universelle et un rôle majeur joué par la sphère publique. En 1999, plus de 82 % des dépenses de santé étaient assurées par un financement public en Suède et au Danemark et 75 % en Finlande (la moyenne européenne étant de 74 %). Dans ces trois pays, les fonds proviennent à la fois d'impôts prélevés au niveau national et d'impôts régionaux ou locaux. En Suède, deux tiers des dépenses de santé sont financés directement par les régions, l'État prenant en charge entre 7 à 11 % de ces dépenses. En Finlande, le poids de l'État est plus important : 18 % des dépenses de santé et 43 % pour les municipalités.

Une offre de soins très majoritairement publique

L'offre de soins dans ces pays est essentiellement publique : les médecins généralistes sont employés directement

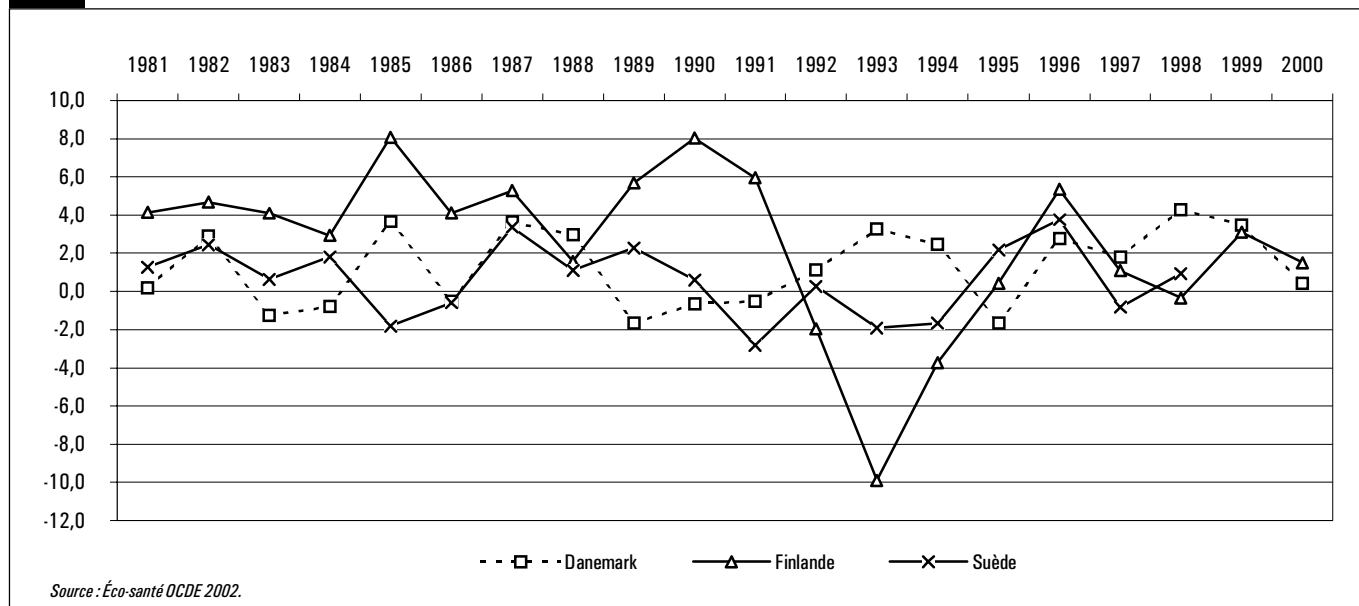
par les centres de santé locaux en Suède et en Finlande et, dans les trois pays, la grande majorité des lits hospitaliers appartiennent au secteur public.

Au Danemark, près d'un quart des médecins sont des généralistes qui exercent dans un cadre libéral⁷ mais ils sont conventionnés et rémunérés par le service national de santé. 60 % des médecins généralistes ou spécialistes sont salariés au sein d'hôpitaux, appartenant dans leur quasi-totalité au secteur public. Les lits privés ne représentent que 1 % de l'offre de soins hospitaliers.

En Finlande, les soins hospitaliers gérés par le secteur privé représentent entre 3 et 4 % des admissions. Pour le secteur ambulatoire, la prédominance du secteur public est là aussi très nette : 8 % seulement des médecins exercent exclusivement dans le secteur privé bien qu'un tiers des médecins ait une activité privée à temps partiel.

En Suède également, les médecins généralistes sont, dans une forte majorité, employés par les centres de santé locaux et rémunérés sur la base d'un salaire (81 %). Les autres généralistes exer-

G.02 le taux de croissance des dépenses de santé (corrigé de l'inflation)



6. Enquête réalisée par l'Union européenne. Dans chaque pays, un échantillon de 1 000 personnes (500 au Luxembourg) est interrogé deux fois par an afin de collecter des informations sur l'opinion de la population à l'égard de l'Union européenne ainsi que sur des thèmes plus spécifiques. En l'occurrence, il s'agissait d'une enquête qui portait sur l'évaluation des services publics en général, ce qui conduit généralement à sous-estimer la proportion des citoyens satisfaits.

7. Les généralistes ayant un exercice clinique représentent 23 % des médecins.

cent dans des centres de santé privés (12 %) ou de façon minoritaire en libéral (7 %). La plupart des hôpitaux en Suède sont publics malgré quelques tentatives d'introduction des acteurs privés. Ainsi, en 1999, le Conseil régional de Stockholm a vendu un hôpital à une entreprise privée (Capio BA qui possède des hôpitaux dans d'autres pays scandinaves ainsi qu'en Suisse et au Royaume-Uni) mais le gouvernement central a exprimé sa désapprobation et a fait voter, en 2001, une loi interdisant le transfert d'hôpitaux publics au secteur privé.

Des responsabilités décentralisées pour l'organisation et la gestion du système de soins

La décentralisation, au niveau du comté (Suède et Danemark) ou des municipalités (Finlande) est une forte dominante des systèmes de santé nordiques.

En Suède et au Danemark, les comtés, gouvernés par des conseils élus, jouissent d'une très large autonomie dans l'organisation et dans la gestion du système de santé. Ils sont responsables de la fourniture des soins primaires et secondaires à la population. Le rôle du gouvernement central réside dans la définition de priorités qui sont ensuite appliquées assez li-

brement et à leur rythme par les différentes régions. Par exemple, en matière d'accès aux soins, le ministère de la santé danois a recommandé aux comtés de mettre en place des réseaux de soins, mais seuls certains d'entre eux ont expérimenté cette formule dans le cadre de leur stratégie d'action. En Finlande, un objectif d'équité d'accès a été inscrit dans les axes prioritaires retenus par le gouvernement, ce qui lui permet d'intervenir en cas de manquement des municipalités en saisissant le « Conseil de sécurité de base » qui a un rôle d'inspection et de contrôle. De même, des normes de qualité sur les soins aux personnes âgées sont établies au plan national, portant par exemple sur le nombre d'infirmières par lit ou le contenu des formations pour le personnel chargé de la prise en charge de la démence.

Dans les trois pays, le pouvoir de contrôle et de sanction en cas de défaillance de l'échelon décentralisé est, par ailleurs, dévolu au niveau national. Des médiateurs (*ombudsman*) jouent le rôle de conciliateur dans les conflits qui opposent l'administration et les citoyens.

En Suède, les comtés qui doivent fournir l'ensemble des soins à une population de 133 000 à 1,8 million de personnes, lèvent directement les impôts affectés à la santé. Les dépenses de santé représentent 85 % de leur budget. Le gou-

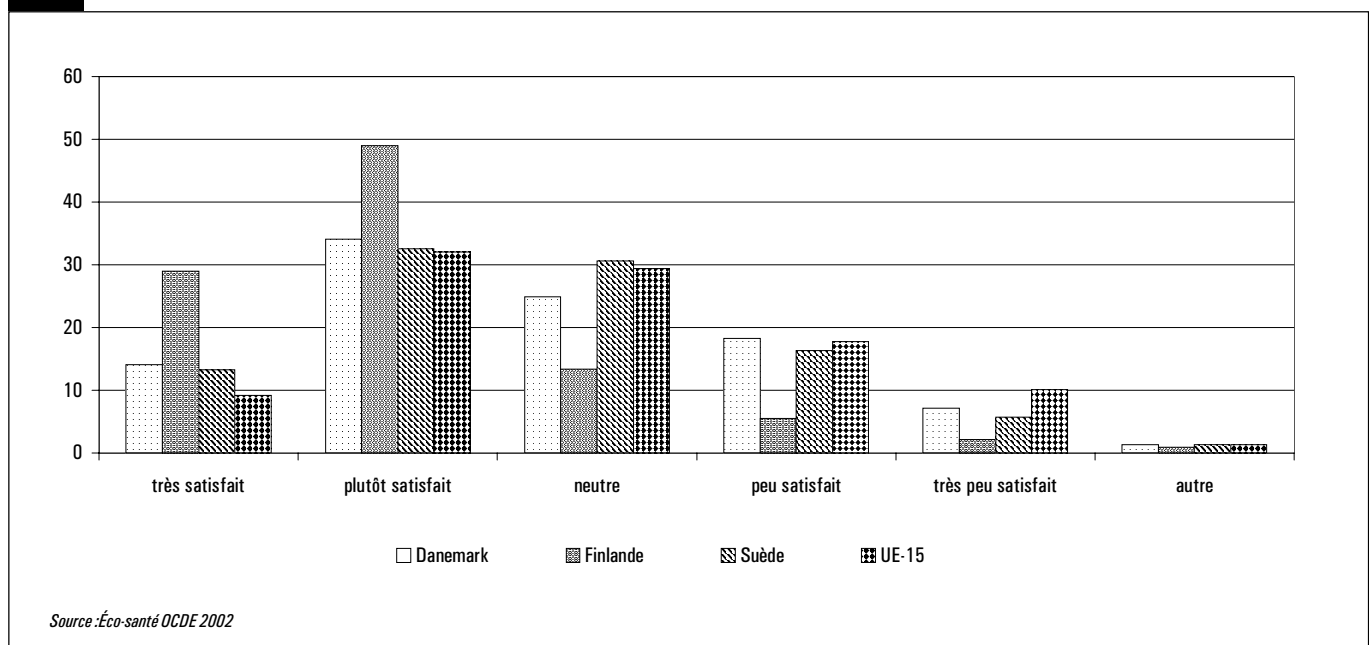
vernement central y contribue seulement par des subventions qui couvrent de 8% à 11% des dépenses. À côté de la gestion des soins primaires, les comtés dirigent les structures hospitalières et autorisent l'installation de praticiens privés. La réforme Ädel de 1992 a donné aux municipalités la responsabilité de certains soins à dominante sociale : soins aux personnes âgées, aux personnes handicapées et, depuis 1995, soins de longue durée aux malades mentaux.

Au Danemark, les comtés, dont la population peut varier de 46 000 à 600 000 personnes, consacrent près de 70 % de leur budget à la gestion des services de santé. Ils sont propriétaires des structures hospitalières et autorisent l'installation des médecins généralistes.

En Finlande, les responsabilités liées à la gestion du système de soins sont, quant à elles, totalement décentralisées au niveau des 448 municipalités. Ces dernières, gouvernées par des conseils élus, bénéficient d'une grande liberté dans l'organisation et dans la gestion du système de santé local et lèvent des impôts et des taxes pour couvrir leurs obligations en matière sanitaire. Elles peuvent contracter avec des praticiens privés pour la fourniture de certains types de soins (soins dentaires, par exemple) ou mettre en place des dispensaires spécialisés. Les soins

G
03

la satisfaction en matière de santé en 1998



hospitaliers sont gérés par les districts hospitaliers dont font partie obligatoirement les municipalités.

Une des difficultés soulevées par une aussi forte délocalisation des compétences est liée à la taille des municipalités : 75 % des municipalités finlandaises comprennent moins de 10 000 habitants et 20 % moins de 2 000 habitants. Elles ont donc été amenées à se regrouper en associations intercommunales pour la fourniture de certaines prestations (soins psychiatriques, prestations aux personnes handicapées...) et elles sont fédérées au sein de l'Association finlandaise des autorités locales qui joue auprès d'elles le rôle d'expert, de conseil juridique et de communication.

des évolutions des systèmes inspirées d'une même logique

La diffusion du modèle de *New Public Management* a rencontré un écho relativement important dans les débats sur l'organisation des systèmes de santé dans les pays nordiques⁸.

Les réformes suggérées par ce modèle vont principalement dans trois directions :

- la séparation des différentes fonctions du service public avec l'introduction de relations acheteurs/fournisseurs et une moindre place des mécanismes de planification et de contrôle centraux au profit de la décentralisation ou de la mise en place de relations contractuelles ;
- l'ouverture à la concurrence entre fournisseurs publics et organismes privés ou à but non lucratif, choix des usagers, incitations à l'efficacité, à la baisse des prix et à l'amélioration de la qualité ;
- l'introduction de méthodes de management inspirées du secteur privé avec des modes de rémunération comportant des éléments fondés sur la performance, ou la conduite d'audits.

Ces différents outils ont pu être mis en avant lors des réformes récentes des systèmes de santé nordiques, mais ils n'ont pas entraîné de remise en cause

réelle du rôle prépondérant du secteur public surtout dans le financement des soins. Leur influence s'est principalement fait sentir à trois niveaux. Tout d'abord, le rôle du pouvoir central et des mécanismes de planification et de contrôle s'est trouvé affaibli par le renforcement du pouvoir des régions ou des municipalités, renforcement s'inscrivant lui-même dans une tradition de décentralisation plus ancienne. Parallèlement, une réflexion a été menée sur les modes de rémunération des producteurs de soins et sur les incitations attachées aux différents mécanismes de paiement, à la fois dans le secteur ambulatoire et dans le secteur hospitalier. Enfin, plusieurs réformes visant à améliorer la réactivité du système de santé ont recherché un élargissement des possibilités de choix des patients, entre acteurs privés et publics ou entre zones géographiques.

La consolidation des principes de la décentralisation

Malgré le rôle de décision et de gestion directement dévolu aux collectivités locales dans les trois pays nordiques, les gouvernements centraux avaient l'habitude d'encadrer assez strictement l'organisation des soins, au niveau local ou régional, par des directives dont le respect était une condition à l'octroi de subventions. Ainsi, au Danemark, les comtés s'engageaient lors des négociations budgétaires avec le gouvernement central sur des objectifs économiques précis comme le taux de croissance des dépenses de santé⁹. Par ailleurs, toujours au Danemark, les enveloppes budgétaires attribuées par le pouvoir central n'étaient pas fongibles et les comtés n'étaient pas autorisés à utiliser des fonds consacrés aux achats de médicaments pour financer des soins dentaires, par exemple.

Durant les années 80 et 90, la définition des normes au niveau central a été assouplie, les régions ou les municipalités devenant plus autonomes dans leurs possibilités de choix. Les modalités de la participation financière de l'État ont aussi

connu une évolution importante dans ces trois pays. Alors que, traditionnellement, l'État prenait en charge un pourcentage fixe des dépenses de santé engagées par les régions, les subventions sont maintenant distribuées sous la forme d'enveloppes, calculées en fonction des besoins estimés et de la richesse de la région et non plus en fonction des dépenses réellement engagées. En termes d'incitations, l'objectif de ce nouveau mode de financement du gouvernement central est d'encourager l'échelon local ou régional à améliorer l'efficacité du système de santé en lui faisant supporter le poids financier de ses décisions.

En Finlande, la réforme, mise en place en 1993, a ainsi augmenté le pouvoir financier des municipalités et leur liberté de décision en termes de régulation. 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, l'enveloppe accordée aux municipalités étant calculée sur la base d'un système de capitation pondérée en fonction de la structure par âge et de la morbidité. Au Danemark et en Suède, les subventions accordées aux comtés varient également en fonction de leur richesse.

Outre cet aspect incitatif, la recherche d'une plus grande adaptation du système de santé aux exigences locales a aussi été mise en avant. La participation des élus locaux à la gestion du système de santé a été recherchée dans le cadre d'un renforcement des principes de la démocratie locale, traditionnellement très développée dans les pays nordiques.

L'incidence de ces évolutions est délicate à apprécier car, durant cette même période, la Suède et plus encore la Finlande, ont connu une récession économique dont l'impact sur les finances des collectivités locales a été fort.

En Finlande, la réduction des dépenses de santé liée à la baisse des subventions du gouvernement central et des recettes de la fiscalité locale a paradoxalement conduit à une diminution de la part

8. Pour plus de détails, M. Minogue, *Should Flawed Models of Public Management be Exported ? Issues and Practises*, Working paper n° 15, Institute for Development Policy and Management, University of Manchester.

9. K. Vrangbaek, T. Christiansen, « Transformation and Stability in Danish Health Care », LSE, Février 2002.

des acteurs privés dans le domaine de la santé. Ce résultat tient au fait que les collectivités locales financent l'ensemble des biens et services médicaux, produits par le secteur privé ou le secteur public, et que le statut du personnel relevant de la sphère publique a limité les ajustements dans ce secteur.

Des modes de rémunération plus incitatifs

Un autre volet de l'évolution des systèmes de santé nordiques concerne les mécanismes de paiement des offreurs de soins, dans le secteur ambulatoire et dans le secteur hospitalier.

La prise en compte des incitations attachées aux différents modes de paiement des médecins généralistes a conduit ces trois pays à adopter des schémas de rémunération mixtes qui ne sont pas toujours appliqués sur l'ensemble du pays. C'est ainsi qu'en Finlande, certaines municipalités ont mis en place dans les années 80 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 (primes, etc.).

En Suède, ce sont les réformes du milieu des années 90 qui ont entraîné une modification du mode de rémunération des médecins généralistes. L'instauration d'une liberté de choix du patient lors de l'inscription sur la liste d'un médecin généraliste, s'est accompagnée de l'introduction d'une composante liée à la capitation dans le revenu des médecins, traditionnellement salariés. L'objectif était d'inciter les médecins à fournir des soins de qualité afin de conserver leur clientèle. Au Danemark, les généralistes bé-

néficient d'un paiement à l'acte qui représente environ deux tiers de leurs revenus et qui vient s'ajouter à une rémunération fondée sur la capitation.

En ce qui concerne les soins hospitaliers, certains comtés en Suède (la moitié environ) ont instauré une séparation des acheteurs et des offreurs : les acheteurs, à savoir les comtés eux-mêmes, négocient avec les hôpitaux afin d'établir des contrats d'activité et de rémunération fondés le plus souvent sur un paiement à la pathologie¹⁰. Certains champs comme la psychiatrie, la gériatrie ou les urgences ne sont pas inclus dans ce type de contrat et bénéficient d'un remboursement *ex post* des coûts. Toutefois, l'importance de ce type de mécanisme varie sensiblement selon les comtés. En outre, dans les comtés qui n'ont pas opéré de séparation entre les fonctions d'achat et d'offre, les hôpitaux fonctionnent sur la base d'un budget global, déterminé en fonction de l'historique des coûts.

Au Danemark, le mode de rémunération traditionnel des hôpitaux est fondé sur un budget global. Depuis 1993, la moitié des comtés a mis en place un système de 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. En 1999, le gouvernement a autorisé les comtés à expérimenter de nouvelles formes de paiement, en l'occurrence un schéma mixte intégrant paiement à la pathologie (90 %) et prix de journée (10 %). Cette expérimentation, qui a débuté en 2000, n'a pas encore été évaluée.

En Finlande, l'extrême décentralisation du système de santé a une incidence directe sur les rapports entre acteurs. Alors qu'en Suède et au Danemark, chaque hôpital dépend d'un seul comté, à l'exception de quelques établissements extrêmement spécialisés, en Finlande, un hôpital couvre en moyenne plus de 20 communes. Avant 1993, les hôpitaux étaient fi-

nancés sur la base d'un remboursement des coûts *ex post*, pour moitié par l'État et pour moitié par les communes. La réduction de la participation financière du gouvernement central, en 1993, a modifié leurs sources de revenu avec un financement aujourd'hui assuré par les municipalités en fonction des services utilisés par leurs habitants. La définition de ces services et le calcul d'un prix associé sont déterminés par une négociation entre chaque municipalité et les hôpitaux, sans qu'il existe de règle au niveau national. Il en résulte de fortes variations depuis, parfois au sein d'un même district hospitalier, ce qui peut être source d'inégalités.

L'élargissement des possibilités de choix des patients pour améliorer la réactivité du système de santé

Les trois pays nordiques, et tout particulièrement le Danemark et la Suède, sont confrontés au problème des listes d'attente. Ce phénomène est observable dans la plupart des services de santé nationaux où l'universalité des droits et la gratuité des soins entraînent souvent un rationnement quantitatif dans un contexte de ressources budgétaires limitées.

En Suède, depuis le début des années 90, les débats sur le système de santé ont ainsi largement porté sur la notion d'accessibilité et, plus précisément, sur la longueur des listes d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes. En 1992, une première mesure a institué un délai d'attente maximal de trois mois pour dix procédures chirurgicales sélectionnées. Au-delà de trois mois d'attente, les patients avaient alors la possibilité de s'adresser à un autre hôpital appartenant ou non à la même région, la dotation budgétaire correspondant suivant alors le patient. En pratique, cette mesure a induit une certaine réduction des listes d'attente sauf dans les zones rurales où la distance géographique crée une barrière à la mobilité des patients. Au contraire, dans les zones urbaines, la survie de certains hôpitaux a pu être menacée et le principe suivant lequel « l'argent suit le patient » a dû être amendé afin de ne pas entraîner de faillites. De plus, la limitation de la réforme à certaines procédures

10. À ce sujet, voir aussi J. SØGAARD, « La tarification à la pathologie des services hospitaliers : la manière scandinave », in *Dossiers solidarité et santé*, Hors série, DREES, juillet 2002, pp. 79-85.

chirurgicales n'a pas permis d'apporter de solutions aux problèmes d'attente des personnes âgées ou de celles souffrant de troubles psychiatriques.

En 1997, une nouvelle disposition a garanti aux patients un rendez-vous avec une infirmière dans un centre de santé le jour même, la consultation d'un médecin généraliste dans la semaine qui suit et, le cas échéant, un rendez-vous avec un médecin spécialiste dans les trois mois. Lorsque ces conditions ne sont pas respectées, les patients ont alors la possibilité de s'adresser à des professionnels de santé en dehors de la zone de santé géographique dont ils dépendent. Enfin, en 1999, les patients se sont vus reconnaître le droit de choisir un autre médecin traitant que celui auquel ils étaient affiliés automatiquement en fonction de leur zone de résidence.

Des mesures similaires ont été mises en œuvre au Danemark. Dès 1993, les patients ont obtenu le droit de s'adresser à l'hôpital de leur choix, les services étant facturés au comté dont dépend le patient. L'incidence réelle de cette mesure est délicate à évaluer car si on dispose de statistiques sur la proportion des patients de chaque région qui s'adressent à un hôpital dépendant d'une autre région, il n'est pas possible de savoir si ceci résulte d'un choix ou de contraintes médicales, certaines pathologies n'étant traitées que dans quelques établissements. En 1999, selon les données du ministère de la Santé danois, 18 % des admissions programmées correspondaient à des patients traités en dehors de leur région de résidence contre seulement 11 % en 1990.

Malgré toutes ces dispositions, les listes d'attente semblent persister dans

de nombreux domaines. Ainsi, par exemple, le temps d'attente moyen pour une opération de la cataracte était, en 2001, de 128 jours au Danemark et de 208 jours en Finlande. Pour une opération de la hanche, ces délais étaient de 136 jours au Danemark et de 152 jours en Finlande.

décentralisation et accès aux soins

Y a-t-il des différences en termes d'accès aux soins dans les trois pays, et en particulier d'écarts plus spécifiquement liés à la décentralisation ?

Pour Lehto, Moss et Rotsgaard¹¹, qui se fondent sur une série de recherches effectuées dans les quatre pays nordiques, l'accès individuel aux services de santé dans ces pays paraît surtout correspondre à la situation médicale des personnes. Toutefois, les auteurs reconnaissent que des différences en termes d'accès aux soins sont perceptibles surtout dans les soins mal ou non couverts par le service public. C'est le cas, en Finlande, pour les soins assurés par des praticiens privés ou les soins dentaires. Sur le plan de la distribution géographique, ils ne notent pas de différences considérables d'accès aux soins entre les régions. Cependant les services de soins privés sont surtout concentrés dans les régions les plus riches et les plus peuplées, ce qui peut poser problème dans des pays où les listes d'attente sont importantes.

Au Danemark, le nombre de médecins par habitant est à peu près identique dans l'ensemble du pays. En effet, une autorisation de la région est nécessaire avant toute installation de généraliste, ce qui tend à limiter les disparités régionales d'offre de soins. Les statistiques publiées

par le ministère de la santé danois montrent, si l'on prend comme indicateur le nombre de consultations, que la différence d'utilisation des services des généralistes (corrigée de l'âge et du sexe) entre la région avec la plus forte consommation et celle avec la plus faible consommation s'est réduite à 19 % en 1999, contre 29 % en 1990. En revanche, en ce qui concerne les soins de spécialistes, les disparités sont beaucoup plus fortes (89 % d'écart).

Dans l'ensemble des pays nordiques, les différences qui peuvent exister entre les régions en termes de démographie médicale induisent par ailleurs des disparités dans les pratiques de soins. Dans les régions à forte densité, le nombre de certaines interventions chirurgicales peut être cinq fois supérieur à celui observé dans les autres régions. De même, les hôpitaux spécialisés situés à proximité des villes sont moins accessibles aux personnes vivant dans des zones plus excentrées. C'est notamment le cas en Finlande, où les dépenses de santé par habitant varient dans un rapport de 1 à 2,5 selon les municipalités. Il est vrai que la géographie de la Finlande rend difficile l'installation de praticiens dans certaines zones éloignées. Les facteurs de demande comme l'âge, le sexe ou les caractéristiques socio-économiques n'ont, semble-t-il, qu'une influence mineure sur ces disparités. Les différences dans l'organisation des soins entre soins sanitaires et soins dits sociaux jouent en revanche un rôle beaucoup plus déterminant¹², en particulier la prise en charge sanitaire des personnes âgées, certaines communes déléguant la prise en charge de la dépendance au secteur social alors que d'autres l'assument sur leur budget « santé ».

11. J. Lehto, N. Moss, T. Rostgaard, « Universal Public Social Care and Health Services ? », in *Nordic Social Policies*, 1999, dir. Mikko Kauto.
12. *Health Care Systems in Transition : Finland*, European Observatory on Health Care Systems, 2002.