

Yrjö Mattila

Directeur

Département Recherche de l'Institut de l'assurance sociale de Finlande

Accès aux soins et systèmes de santé en Finlande*

Abstract

Everyone in Finland has the right to health services regardless of ability to pay or place of residence. The constitution states that public authorities shall guarantee for everyone, as provided in more detail by an Act of Parliament, adequate social, health and medical services and promotion of the health of the population. Access to public health care has been regulated by a "treatment guaranty", which means that in the ambulatory care and in specialized care the patients has to have access to treatment in time settled by the legislation.

Résumé

Tout de monde en Finlande a le droit d'accéder aux soins de santé, indépendamment de ses moyens financiers ou de son lieu de résidence. La Constitution établit que les pouvoirs publics doivent garantir à tous, tel que le prévoit expressément une loi parlementaire, des services sociaux et médicaux de santé adéquats et la promotion de la santé de la population. L'accès aux soins de santé publique a été réglementé par une « garantie de traitement », signifiant que dans les soins ambulatoires et dans les soins spécialisés les patients doivent avoir accès au traitement dans un délai raisonnable.

* Les principales sources de cet article sont :

« Panorama de la santé 2007 » *Indicateurs OCDE* (disponible à l'adresse suivante : http://puck.sourceoecd.org/v1=4774825/cl=37/nw=1/rpsv/health2007_fre/index.htm)

« Un système de santé en transition, la Finlande », *Observatoire européen des systèmes de santé*, Vol. 1.4, n° 1, 2002 ; Rossi Kitta « Occupational health services in the Nordic countries » *Nordiska Hälsovårdskolan*, Göteborg, MPH 2001 ; Kangas Olli, « The Politics of Universalism. The Case of Finnish Sickness Insurance », Helsinki 1990, (Kangas 1990).

D'une façon générale, la législation finlandaise ne réglemente pas de façon très détaillée l'étendue, le contenu et l'organisation de la fourniture des services de santé aux citoyens. Elle se contente d'indiquer un cadre pour la fourniture de services et autorise différentes solutions locales. Il existe de nombreuses différences dans l'organisation des services, en raison des conditions locales et des besoins divers de la population dans de nombreuses régions du pays. La structure par âge, les objectifs de la politique locale, l'environnement social ou l'emplacement géographique peuvent avoir une grande influence sur l'organisation et la fourniture des services. La raison fondamentale de ces différences réside dans le fait que l'organisation et la fourniture des services sont déléguées, en Finlande, au niveau des communautés locales et que l'État n'a qu'un rôle directif général.

Jusqu'en 1993, la réglementation d'État relative à la fourniture de services de santé était assez détaillée. Il existait une législation et un plan national quinquennal pour l'aide sociale et les soins médicaux et il y avait également deux bureaux centraux (aide sociale et aide médicale), pour guider et contrôler la fourniture des services. Le plan annuel concret pour la fourniture des services de santé (en plus du plan quinquennal) était préparé annuellement par le ministère des Affaires sociales et de la Santé et approuvé par le gouvernement avec le budget d'État. Le plan annuel contenait des lignes directrices pour l'organisation de l'aide sociale et des soins de santé.

La mise en place de la réforme des subventions publiques, en 1993, a considérablement réduit le contrôle central et la réglementation d'origine étatique en attribuant une nouvelle autonomie aux communes¹. Les objectifs principaux de cette réforme étaient de réduire la place de l'administration centrale, d'augmenter le pouvoir de décision et les responsabilités au niveau local et, enfin, d'améliorer la coordination des soins primaires et secondaires.

Après la réforme, les subventions publiques pour les soins de santé ont commencé à être payées prospectivement et sans affectation précise, de sorte que les subventions d'État à la communauté étaient forfaitaires et que les municipalités avaient le droit de décider de quelle façon elles utilisaient

¹ Loi n° 733/1992 de planification et de subventions publiques en matière de soins sociaux et de santé.

l'argent. Les municipalités ont dès lors un rôle plus actif dans l'organisation des services, soit en les organisant elles-mêmes, soit en louant des services, par exemple auprès de fournisseurs privés. Les municipalités ont en outre une plus grande liberté de décision dans l'administration, le nombre d'employés et les redevances perçues des patients. Seul le montant maximum des frais demandés aux utilisateurs a continué à être réglementé par la législation nationale. Après la réforme, les municipalités ont rapidement commencé à utiliser la nouvelle opportunité qui leur était offerte en louant les services auprès de fournisseurs de leur choix, y compris privés. A l'heure actuelle, de nombreux fournisseurs privés procurent donc activement des services de santé au système public de santé finlandais.

Depuis la réforme, l'information, la législation et les projets expérimentaux constituent les principaux moyens de direction du système de santé au niveau central, à l'échelle de l'État. La « *evidence-based medicine* »², les audits locaux et les programmes de développement de la qualité sont également utilisés mais les municipalités n'ont pas d'autre obligation que celle de respecter la législation. En Finlande, on parle de « *informative guidance* »³ pour qualifier cette nouvelle méthode « douce » permettant de diriger les services de santé à l'échelle nationale.

C'est donc aux municipalités⁴ qu'incombe principalement la responsabilité d'organiser les services de base, non seulement de santé mais également les services sociaux et éducatifs. Afin de s'acquitter de cette lourde tâche, les municipalités ont le droit de percevoir des impôts. Elles reçoivent également des subventions publiques leur permettant de mettre en place les services qu'elles ont l'obligation de fournir ; mais le montant de ces subventions varie chaque année. Dans les années 1990, pendant la récession économique, les subventions publiques ne représentaient que 18% du total des frais. Aujourd'hui, la situation s'étant améliorée, elles ont augmenté et atteignent 32%.

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé définit la politique générale en matière de santé et d'affaires sociales, prépare les réformes et les projets de lois importants, surveille leur mise en application et assiste le

² Médecine basée sur des faits prouvés.

³ Directives informatives.

⁴ Leur nombre total est supérieur à 400.

gouvernement dans la prise de décision. Le Gouvernement prend les décisions concernant les priorités nationales générales et propose des projets de lois qui seront discutés par le Parlement.

Le principal pouvoir de décision au niveau de la commune, en ce qui concerne les services sociaux, de santé et d'éducation, est le conseil municipal. Ce conseil est élu tous les quatre ans par les habitants de la municipalité et il élit lui-même ensuite un conseil de direction qui lui rend compte. Il nomme également les membres des divers comités municipaux⁵, en fonction des scores respectifs des différents partis politiques lors des élections municipales. L'un des comités est normalement en charge des services de santé. Le conseil municipal, le conseil de direction municipal et les comités ont politiquement une obligation de rendre compte aux habitants de la commune mais, dans la pratique et en particulier dans les grandes communes, il n'y a pas de lien réel entre les élections ; et ce, bien que dans le domaine de la santé, l'organisation dépende de la démocratie locale avec la possibilité, pour les citoyens, de participer à la prise de décision. Les décisions concernant la planification et l'organisation des soins de santé sont prises par le comité de la santé, le conseil municipal et le conseil de direction municipal. Chaque institution joue un rôle dans les soins de santé mais le conseil municipal prend les décisions concernant la somme affectée aux services lorsqu'il décide du budget de l'année suivante. Le personnel dirigeant des centres de santé municipaux⁶ est souvent impliqué dans la planification et l'organisation des services de santé.

En plus du système public municipal de santé, des services de santé privés et des services de santé au travail sont également organisés. En Finlande, les soins de santé privés concernent principalement les soins externes, disponibles principalement dans les grandes villes. Les fournisseurs de soins de santé les plus typiques en Finlande sont les unités de physiothérapie et les cabinets des médecins. Il existe également quelques hôpitaux privés et d'importants services de santé au travail.

⁵ Les comités municipaux sont nommés pour quatre ans.

⁶ Normalement des titulaires de doctorat.

I - Accès aux soins et statut du patient

En Finlande, tout le monde a le droit de bénéficier des services de santé, que l'on soit en mesure de les payer ou non et quel que soit son lieu de résidence. La Constitution prévoit que les autorités publiques doivent garantir à chacun – comme indiqué de façon détaillée dans une loi parlementaire – des services sociaux et médicaux, des soins de santé ainsi que promouvoir la santé de la population.

Cependant, dans la législation médicale plus concrète, l'accès aux soins n'est pas très clairement défini. Les décisions les plus importantes concernant les traitements concrets des patients sont prises par les médecins chefs dans les institutions médicales. Dans les services de soins ambulatoires (centres de santé), le médecin chef responsable décide si le traitement du patient doit être organisé comme un traitement en soins externes, un traitement à domicile ou s'il doit admettre le patient et l'hospitaliser dans son établissement. Le médecin chef a également le droit de transférer le patient dans un autre établissement de soins pour y recevoir un traitement, si nécessaire. Ces décisions sont considérées comme des décisions médicales et cela explique qu'un patient ne puisse pas porter plainte en justice concernant les décisions du médecin ou opérer un recours auprès d'une entité hiérarchiquement supérieure au sein de l'institution. Le patient peut uniquement déposer une réclamation auprès du chef d'établissement de l'institution mais, en général, cette réclamation ne débouche pas sur une remise en cause du type de soins que le médecin chef a préalablement prescrit.

En ce qui concerne les soins de santé spécialisés, il y a également des règles qui centralisent le pouvoir de décision, concernant les méthodes et les moyens selon lesquels les traitements médicaux sont fournis aux médecins chefs de l'établissement médical (normalement, l'hôpital). Les médecins chefs des hôpitaux décident du début et de la fin du traitement de chaque patient sous la supervision du chef d'établissement de l'hôpital.

Les patients peuvent néanmoins exiger un traitement dans des délais raisonnables. Une tentative d'amélioration de leurs droits à l'accès aux soins médicaux consiste en la réglementation du délai d'accès aux soins. Il existe en effet, une « garantie de traitement » signifiant qu'en pratique, dans les soins ambulatoires (centres de santé), les patients doivent avoir accès,

pendant les heures normales de travail, à un contact immédiat avec un des employés du centre. Un diagnostic et une évaluation des traitements nécessaires doivent être effectués dans les trois jours suivant le contact, si cela n'a pas été possible durant le premier contact. Le traitement médical nécessaire qui a alors été défini doit être délivré dans un délai raisonnable et au moins dans les trois mois suivant la date du diagnostic et de l'évaluation. Dans tous les cas, lorsqu'un traitement intensif est nécessaire, ce traitement doit être fourni immédiatement.

Dans les centres de santé spécialisés, il existe également des règles concernant la garantie de traitement. Un hôpital ou autre institution médicale a l'obligation de fournir les soins médicaux spécialisés nécessaires dans un délai raisonnable et, au plus tard, dans un délai de six mois, calculés à partir du jour où la nécessité d'un traitement spécialisé a été diagnostiquée.

Dans le secteur public, les patients ont besoin d'une ordonnance du médecin de leur centre de soins ou de tout autre médecin licencié afin de les orienter vers le service de soins internes ou externes dans un hôpital offrant des soins spécialisés. Environ 5% des visites reçues par un médecin dans un centre de santé débouchent sur une orientation hospitalière. Près de 56% des orientations vers des hôpitaux centraux et 65% des orientations vers des hôpitaux de district viennent des médecins des centres de santé. La plupart des aiguillages de patients vers des hôpitaux viennent de médecins d'autres hôpitaux et de médecins privés. 30 à 40% des patients ayant accès à des soins spécialisés le font à travers les services d'urgence des hôpitaux, en tant que cas aigus. Dans le secteur privé, il y a un accès direct aux spécialistes et médecins généralistes ; de même ces spécialistes peuvent aiguiller des patients vers les hôpitaux publics.

En général, les patients ne peuvent pas choisir l'hôpital où ils seront soignés. Dans la pratique, en outre, la distance limite également le choix. Les centres de soins ont des directives indiquant où les patients présentant certains symptômes et diagnostics doivent être dirigés. Dans les hôpitaux, les possibilités qu'ont les patients de choisir leur « *personal doctor* »⁷ dépendent, par exemple, de l'organisation des services et du nombre de spécialistes.

⁷ Pouvant être traduit par « médecin traitant ».

Selon la loi sur le *Patient's Injury* de 1987⁸, sur les dommages subis par les patients, ces derniers ont le droit de recevoir des indemnités en cas de dommages impossibles à prévoir et s'étant produits à la suite d'un traitement ou d'un diagnostic. Selon cette loi, il n'est pas nécessaire de démontrer la responsabilité du personnel de santé ; pour recevoir une indemnisation, il suffit que des dommages impossibles à prévoir, comme le définit la loi, se soient produits.

La loi de 1993 sur le statut et les droits des patients⁹ concerne principalement le droit des patients à l'information, le consentement éclairé au traitement, le droit de consulter tout document médical pertinent ainsi que le droit à l'autonomie. Un système de protection des droits des patients a également été introduit par cette loi. Un examen du fonctionnement de cette loi, en 1996, a démontré qu'elle avait eu une influence sur les fonctions pratiques dans le système de soins mais que la participation active des patients, ainsi que leur accès à l'information devaient encore être améliorés. Le système de protection des droits des patients était jugé positivement mais on a estimé qu'il avait besoin d'être davantage développé.

II - Soins ambulatoires (centres de santé)

Le *Primary Health Act* de 1972¹⁰ oblige les municipalités à travailler à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie, à fournir des soins médicaux, des soins de rééducation médicale et des soins dentaires. Il les oblige également à fournir des soins de santé scolaires, universitaires et professionnels, des services de dépistage¹¹, des soins psychiatriques¹² et des services d'ambulances. Les services obligatoires doivent être fournis dans des centres de santé, lesquels peuvent appartenir aux municipalités ou être la propriété commune de plusieurs municipalités. Les municipalités peuvent également acheter des services, y compris les services de centres de santé entiers, auprès du secteur privé. Dans la ville de Lahti, par exemple, il existe de nombreux centres de santé dont le personnel est constitué de professionnels privés de la santé.

⁸ *1987 Act on Patient's Injury* n° 585/1986.

⁹ *1993 Act on the Status and Rights of the Patients* n° 785/1992.

¹⁰ Loi sur les soins primaires de santé : *1972 Primary Health Act* n° 66/1972.

¹¹ Pour le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein.

¹² Lorsqu'il est approprié de les dispenser dans un centre de santé.

Un « centre de santé » peut être défini comme une unité fonctionnelle ou une organisation qui fournit des services de soins primaires thérapeutiques, préventifs et publics à la population. Les soins ne sont pas nécessairement dispensés dans un seul bâtiment ou dans un seul endroit, les activités des centres de santé étant souvent organisées en plusieurs lieux différents. Par exemple, les soins de santé de maternité et de pédiatrie ou les soins de santé scolaires peuvent être dispensés dans un lieu séparé du bureau du médecin du centre de santé (ce qui est fréquemment le cas dans les grandes villes). Ils n'ont pas pour vocation de réaliser des bénéfices puisqu'ils appartiennent à la collectivité et qu'ils sont gérés publiquement. Les municipalités ont le droit d'emprunter de l'argent et peuvent également le faire pour les besoins de leurs installations médicales mais leur principal revenu provient des impôts municipaux.

Au total, il existe approximativement 270 centres de santé en Finlande. Dans les zones ayant une très faible densité de population (dans l'est et le nord du pays), la distance jusqu'au centre de santé le plus proche est généralement bien plus grande que dans le sud où la population est beaucoup plus dense. La taille des centres de santé varie, en fonction du nombre de personnes qu'ils ont vocation à accueillir. Cependant, on a constaté que les petites communes avaient des difficultés à organiser des services de soins ambulatoires raisonnables. Pour cette raison, en 2008, la législation¹³ a fixé un objectif, précisant qu'en 2012, un centre de santé donné devrait être en mesure d'accueillir au moins 20 000 habitants. Cela va contribuer à la fermeture des petits centres de santé ou au regroupement des petites communes afin de pouvoir créer un centre commun de santé et éviter ainsi un éloignement trop important pour la population.

En effet, les centres de santé offrent une large variété de services tels que les services externes et internes de soins médicaux, les services préventifs, les soins dentaires, les soins de maternité, les soins pédiatriques et les soins de santé scolaires.

La législation ne définit pas de façon très détaillée la façon dont les services doivent en principe être fournis. Ce sont normalement des installations radiologiques, des laboratoires d'analyses, des installations pour les petites interventions chirurgicales et les examens endoscopiques dans de

¹³ *Commune and Service Structure Reform Act* n° 169/2007.

nombreux centres de santé et, au moins, dans les plus importants d'entre eux. Les médecins travaillant dans les centres de santé sont le plus souvent des médecins généralistes, bien que parfois des spécialistes y exercent.

Le nombre d'habitants par médecin de centre de santé varie en moyenne de 1 500 à 2 000. La rémunération des médecins dans les centres de santé municipaux varie également. La plupart d'entre eux sont des employés salariés. Dans les centres de santé où le *personal doctor system*¹⁴ a été introduit, les médecins sont payés selon une combinaison comprenant le salaire de base, un paiement par nombre de patients, un paiement par prestation et des subventions locales.

Le travail principal des médecins des centres de santé consiste à fournir des services de médecine générale aux patients de tous âges. Ils sont également concernés par les soins de santé de maternité et de pédiatrie, la médecine du travail, le planning familial, les soins internes, les soins à domicile, la gériatrie, etc.

Si un patient souhaite prendre un rendez-vous avec un médecin d'un centre de santé, il est dirigé vers le médecin qui est alors disponible. Dans le « *population responsibility model* » le patient est généralement « affecté » au médecin responsable des soins dans sa zone de population. Cela signifie qu'il n'a pas toujours une grande possibilité de choix concernant son médecin généraliste et cela est d'autant plus vrai dans les petites unités qui ont peu de médecins. Cependant, si un patient souhaite changer de médecin au sein du centre de santé, il peut généralement le faire, bien qu'il n'y ait aucune garantie sur ce point.

Les autres employés¹⁵ des centres de santé dépendent de la taille de la population et des conditions locales, tous étant employés par la municipalité. Les infirmiers ont un rôle essentiel dans les centres de santé finlandais. Certains ont une formation générale en soins infirmiers et, en plus d'assister les médecins généralistes, ont leurs propres heures de consultation pour faire des piqûres, retirer des points de suture, prendre la tension, etc. Par ailleurs,

¹⁴ Le système du médecin traitant.

¹⁵ Le personnel est composé d'infirmiers et d'infirmières, de sages-femmes, de travailleurs sociaux, de dentistes, de physiothérapeutes, de psychologues, de personnel administratif...

les soins de maternité et de pédiatrie sont dispensés, en grande partie, par les infirmiers du service public qui ont une formation spécifique au travail préventif. En plus de ces soins, ce personnel infirmier s'occupe du planning familial, des soins de santé scolaires, de la médecine du travail, des soins à domicile et de toutes sortes d'activités pour la promotion de la santé.

Le service de soins interne d'un centre de santé fonctionne en grande partie comme un service hospitalier. Un centre de santé typique dispose de 30 à 60 lits d'hôpital. Le nombre de services de soins internes dans un centre de santé peut varier. La majorité des patients dans ces services sont âgés et souffrent de maladies chroniques. Dans les zones isolées et ayant une faible densité de population, les centres de santé fournissent des services thérapeutiques, à court terme, assez complets à l'ensemble de la population, dispensés dans leurs services de soins internes.

Les centres de santé n'ont pas de pharmacie permettant de vendre les médicaments prescrits aux patients. Les centres de santé ont en effet un stock de produits pharmaceutiques pour leur propre usage : pour les petites interventions chirurgicales, pour les services de soins internes et les cas aigus, la nuit, lorsque les pharmacies sont fermées.

Dans les centres de santé, la physiothérapie et la rééducation sont effectuées principalement par des physiothérapeutes, sur ordre d'un médecin du centre de santé. Ils dispensent un traitement à des patients à titre individuel et organisent des séances de conseil et d'exercice de groupe pour les patients souffrant de certains troubles. Le service de physiothérapie du centre de santé fournit généralement aussi les aides médicales et les prothèses.

Les soins dentaires sont délivrés dans les centres de santé mais, dans les grandes villes, l'accès aux soins dentaires publics peut être difficile en raison du grand nombre de patients par rapport aux ressources disponibles. Ainsi, de nombreux patients choisissent le secteur privé et se font rembourser par leur assurance maladie, bien que la part du ticket modérateur, dans ce cas, soit très supérieure à ce qu'elle représente dans les soins dentaires publics.

III - Les soins de santé spécialisés

Les municipalités ont également l'obligation d'organiser des soins médicaux spécialisés pour leurs habitants. Le *Specialized Health Act* de 1991¹⁶, sur les soins de santé spécialisés et le *Mental Health Act* de 1991¹⁷, sur la santé mentale réglementent l'organisation de ces services. Il existe également une législation séparée concernant certains groupes vulnérables au sein de la population, tels que les handicapés et les personnes dépendantes de l'alcool ou de la drogue.

Les soins secondaires et tertiaires sont dispensés dans les hôpitaux, par l'intermédiaire des services de soins internes et externes. Il existe 20 districts hospitaliers en Finlande. Ce sont des fédérations de municipalités, responsables de la fourniture de soins de santé spécialisés et de la coordination des soins hospitaliers publics dans leur zone. Dans ces hôpitaux sont dispensés aussi bien les soins externes qu'internes.

La gamme des soins spécialisés varie en fonction du type d'hôpital. Au total, il y a 5 centres hospitaliers universitaires, 15 hôpitaux centraux et environ 40 autres hôpitaux spécialisés plus petits (hôpitaux de district) en Finlande. Ils appartiennent à des fédérations de municipalités, c'est-à-dire à des districts hospitaliers. Il n'y a que peu d'hôpitaux privés ; et ces derniers fournissent moins de 5% des soins hospitaliers dans le pays.

En outre, l'État organise tous les soins de santé destinés aux forces armées et aux prisons et possède, par ailleurs, 2 hôpitaux psychiatriques.

En 1999, la durée moyenne du séjour dans les hôpitaux centraux variait de 3,3 à 4,7 jours et dans les hôpitaux de district de 3,4 à 5,3 jours. La durée du séjour a été raccourcie, grâce à l'amélioration de l'efficacité des traitements médicaux. Les nouvelles méthodes de traitement ont changé la nature d'un séjour à l'hôpital. Une journée d'hospitalisation comporte aujourd'hui un traitement plus intensif et un contenu différent de ce qu'il était autrefois. La chirurgie d'un jour est utilisée pour 40% des cas de chirurgie non urgente. Cette pratique a eu pour résultat de réduire les temps d'attente pour certaines procédures chirurgicales.

¹⁶ 1991 Act on the Specialized Health Care n° 1062/1989.

¹⁷ 1991 Mental Health Act n° 1116/1990.

De plus, les hôpitaux publics n'ont pas pour vocation de réaliser des profits et les actifs des hôpitaux appartiennent aux districts hospitaliers. Les districts hospitaliers, de même que les municipalités à titre individuel, ont le droit d'emprunter de l'argent mais les frais de fonctionnement des hôpitaux proviennent principalement des municipalités qui sont associées dans le district hospitalier. Les médecins hospitaliers sont des employés salariés, le salaire mensuel de base dépendant du poste du médecin et de son ancienneté dans la profession. De nombreuses primes peuvent être versées, telles que celles portant sur l'augmentation des responsabilités mais, dans la pratique, cela se fait rarement. Il existe cependant une rémunération supplémentaire pour les tours de garde.

Depuis 1993, les hôpitaux reçoivent leurs revenus des municipalités, en fonction des services utilisés par leurs habitants. La législation définit le plafond des paiements pouvant être facturés aux patients, mais ne réglemente pas les paiements des hôpitaux. Les municipalités négocient annuellement la fourniture de services avec leur district hospitalier. Les municipalités et les districts hospitaliers peuvent établir un contrat-cadre pour l'année suivante sur la quantité et le prix des services. Cet accord ne constitue pas un contrat formel et les prix sont définis par le district hospitalier. Pour cette raison, les municipalités se sentent souvent impuissantes à influencer le coût et la fourniture des soins hospitaliers ; ceci est particulièrement vrai pour les petites municipalités. L'accord concernant les prix peut être révisé même en cours d'année en fonction de la quantité réelle et du type de services fournis par les hôpitaux.

Les municipalités paient les factures directement sur le compte de l'hôpital. La facturation et la tarification effectuées par les hôpitaux sont en constant changement et il est difficile de comparer les services et les prix de différents hôpitaux et districts hospitaliers car ils peuvent être définis de façons différentes. Cependant, les hôpitaux et les districts hospitaliers ont commencé à s'intéresser de plus en plus à l'utilisation de *diagnostic related group* (DRG)¹⁸, comme base de leur facturation auprès des municipalités.

¹⁸ Groupes homogènes de malades.

IV - Les soins de la médecine du travail

Le *Occupational Health Care Act* de 2002¹⁹ oblige les employeurs à fournir les services relevant de la médecine du travail à leurs employés. Cette loi définit l'organisation des soins de la médecine du travail, ceux-ci étant nécessaires à la prévention des risques professionnels. L'employeur doit également conseiller ses employés quant à la façon d'éviter les risques pour leur santé et leur sécurité. Il a également l'obligation d'organiser des examens physiques et des procédures de secourisme pour les employés sur le lieu de travail et de vérifier l'état de santé des employés lorsque leur travail peut y porter atteinte. La médecine du travail est considérée comme ayant une action préventive plutôt que thérapeutique. Les employeurs peuvent cependant organiser volontairement d'autres soins de santé et d'autres traitements médicaux pour leurs employés. Cette option est très souvent choisie en Finlande, de sorte que de nombreux employés préfèrent faire appel à la médecine du travail plutôt qu'aux centres de soin lorsqu'ils ont besoin de leurs services ; ce qui a provoqué un déficit de patients issus du monde du travail dans certains centres de soins.

Les employeurs peuvent organiser les soins de la médecine du travail de façons diverses. Ils peuvent mettre en place leurs propres unités de soins, comme beaucoup de grosses entreprises qui disposent d'un ou plusieurs médecins et infirmiers. Ils peuvent également louer les services de médecine du travail auprès de fournisseurs privés (en général un cabinet privé) ou de centre de soins appartenant à une municipalité ; ce qui constitue l'une des façons les plus courantes de fournir des services de médecine du travail. Dans cette dernière hypothèse, les soins de la médecine du travail sont fournis par un ou plusieurs médecins et infirmiers du centre. Le médecin peut être un spécialiste de la médecine du travail (qui est une spécialité médicale en Finlande) ou avoir reçu une formation complémentaire à la médecine du travail, mais ce n'est pas obligatoire.

¹⁹ Loi de 2002 sur la médecine du travail : *Occupational Health Care Act* n° 1383/2001

L'assurance maladie rembourse aux employeurs 50% des frais nécessaires et appropriés aux soins de la médecine du travail²⁰. Les employés ne sont pas facturés pour l'utilisation de ces services qui sont obligatoires pour l'employeur et souvent les soins normaux sont également gratuits. Plus de 90% de l'ensemble des salariés en Finlande se voient offrir des soins de santé professionnels par leurs employeurs. Il convient de préciser que les employeurs et les salariés participent au financement du programme à travers leurs cotisations d'assurance maladie.

Enfin, concernant l'assurance maladie volontaire ou privée, il convient de souligner que celle-ci n'est pas encore très répandue en Finlande. Les compagnies d'assurance offrent ces assurances principalement pour la couverture des enfants et aux employeurs, comme un privilège supplémentaire dans la relation d'employeur à salarié. Ce dernier cas n'est pas encore très répandu mais l'on constate toutefois une augmentation du nombre d'assurances souscrites ces dernières années.

V - Coût des services de santé et financement du système de santé

En 2006, les dépenses de santé publiques représentaient un total de 10 344 millions d'euros. Le coût des services de santé publics représentait alors 23,6% du total des dépenses sociales et 6,2% du Produit Intérieur Brut.

A - Financement du système de santé finlandais

Le système de santé finlandais est principalement financé par les impôts mais les honoraires y contribuent également dans une certaine mesure. L'État, aussi bien que les municipalités, ont le droit de percevoir des impôts pour financer les programmes de soins de santé. Par ailleurs le doctorat en médecine et la recherche universitaire dans le domaine de la santé, sont subventionnés par l'État.

²⁰ Ce remboursement concerne non seulement les frais des soins préventifs mais également ceux découlant de l'organisation des soins de santé normaux et des traitements médicaux des employés.

En 1999, environ 43% du total des dépenses de santé ont été financés par les municipalités, environ 18% par l'État, 15% par l'assurance maladie²¹ et environ 24% par les foyers eux-mêmes, à travers les honoraires médicaux. Les honoraires médicaux représentent donc une proportion notable du financement du système finlandais.

L'impôt municipal sur les revenus est une proportion fixe des revenus, qui varie d'une municipalité à une autre. En moyenne, il représente 17,5% du revenu. Les municipalités perçoivent également des impôts fonciers et reçoivent une part des revenus provenant des taxes professionnelles. Dans environ la moitié des communes, les ressources proviennent des revenus générés par les taxes. Les autres sources importantes de revenus sont les revenus d'exploitation et les subventions de l'État. En dehors des soins de santé, les revenus des municipalités sont utilisés pour financer d'autres services, tels que l'éducation et les services sociaux. En moyenne, presque 50% du budget des municipalités sont dépensés en faveur de l'aide sociale et des soins de santé, avec environ 25% pour les seuls soins de santé.

Les revenus de l'assurance maladie provenaient principalement des charges sociales obligatoires patronales et salariales, ainsi que d'autres sources mineures. Les cotisations des salariés et des retraités représentaient un pourcentage spécifique de leurs revenus et celles payées par les employeurs représentent un pourcentage spécifique des gains de leurs salariés. Les revenus de l'assurance maladie sur une année donnée devaient être à peu près égaux aux dépenses de la même année. Néanmoins, une réforme budgétaire de 2006 a considérablement modifié la structure du financement de l'assurance maladie. À compter de celle-ci, les employeurs ne participent désormais plus au financement de la prise en charge des médicaments et des soins de santé privée (mise à part concernant la médecine du travail) et cette partie des soins est exclusivement financée par les travailleurs salariés. Toutefois, les employeurs continuent de participer au financement des soins de maternité. Enfin, l'État garantit toujours la solvabilité de l'assurance maladie.

²¹ Concernant principalement les médicaments et la médecine du travail.

B - Honoraires médicaux

Avant 1993, toutes les visites dans les centres de santé étaient gratuites mais, en raison de la récession économique, la loi a changé et prévoit le versement d'honoraires. Actuellement, les services de santé municipaux qui sont gratuits sont définis par la loi, de même que le montant maximum des honoraires facturés par service.

Concernant les soins ambulatoires, les services gratuits sont les soins préventifs, les soins de maternité et de pédiatrie, les soins psychiatriques ambulatoires, la vaccination, l'examen et le traitement de certaines maladies contagieuses, le traitement des arrêts respiratoires ainsi que les aides médicales²².

Dans le cas des services pouvant être facturés, les municipalités ont le droit de décider de ne rien facturer. En revanche, elles n'ont pas le droit de dépasser les plafonds fixés par la législation. En pratique, la plupart des municipalités facturent aux patients le taux maximum, ce qui pose des problèmes aux habitants ayant des revenus modestes. Ainsi, en 2008 les honoraires dans les services de santé sont fixés à un maximum de 22 euros par an ou à un maximum de 11 euros par visite pour les trois premières visites²³. Toutefois, le traitement est gratuit pour tout patient de moins de 18 ans. En outre, lorsque la visite a lieu entre 20h00 et 08h00, le montant des honoraires est fixé à 15 euros. Enfin, le traitement de physiothérapie dans un centre de santé coûte 6 euros par visite.

Dans le secteur privé, les patients payent tous les frais de traitement, mais l'assurance maladie rembourse environ un tiers des honoraires réellement payés par les patients. Les dentistes privés sont également remboursés en partie par l'assurance maladie, mais le niveau de remboursement est légèrement plus élevé. Toutefois, l'assurance maladie ne rembourse pas les honoraires qui sont exigés des patients dans les services de santé publics.

²² Tels que les fauteuils roulants et autres accessoires d'aide au déplacement.

²³ La municipalité pouvant choisir celui des deux modes de paiement qu'elle applique à ses habitants.

C - Soins hospitaliers

Pour information, une visite dans une polyclinique hospitalière coûte 22 euros par visite ; une opération chirurgicale, pouvant être effectuée, dans la journée, au cours d'une visite hospitalière, 72 euros ; un lit d'hôpital, 26 euros par jour.

Depuis 2001, un plafond annuel a été fixé pour le montant total des coûts déboursés, à 590 euros par an²⁴. Au-delà de cette somme payée par le patient, l'ensemble des services de santé publics sont gratuits, jusqu'à la fin de l'année civile. Cependant, restent tout de même à la charge du patient les frais de nourriture et de fonctionnement liés au lit d'hôpital s'élevant à 12 euros par jour.

D - Soins institutionnels à long terme

Les soins institutionnels à long terme sont considérés, au regard de la loi, comme des soins ayant duré pendant au moins trois mois, en raison de la même maladie. Ces soins sont dispensés principalement dans les sections hospitalières des centres de santé, dans les maisons de retraites, voire dans les foyers pour les personnes handicapées... Les honoraires correspondant aux soins institutionnels à long terme sont déterminés en fonction des revenus de la personne et le prix peut représenter jusqu'à 82% des revenus du patient. Cependant, un minimum de 90 euros par mois doit être laissé au patient pour son usage personnel. De plus, la situation financière de la famille du patient peut être prise en compte au moment de déterminer les honoraires correspondant aux soins à long terme.

²⁴ 2001 Act on Co-payments in Social and Health care, n° 734/1992, annexe 6a § 1308/1999.

VI - Problèmes et plans de développement dans le système de santé finlandais

La détermination de priorités dans les traitements a été l'objet de longs débats. S'il n'existe aucune étude sur la qualité des traitements reçus par les patients, il semblerait toutefois que les personnes actives soient destinataires de traitements de meilleure qualité, comparés à ceux octroyés aux personnes sans emploi.

La décentralisation des programmes de santé finlandais a donné lieu à de vives discussions. En effet, l'organisation de façon très individuelle des soins de santé par les municipalités avait pour conséquence, ces dernières années, de menacer les droits fondamentaux à l'égalité entre citoyens. C'est la raison pour laquelle, à l'avenir, le système de santé finlandais sera probablement un programme davantage centralisé et moins souple, laissant probablement moins de latitude aux municipalités quant à l'organisation de leurs services.

L'un des problèmes majeurs réside dans la coordination parfois imparfaite entre les soins primaires et secondaires. Les centres de santé n'obtiennent pas toujours les informations suffisantes au sujet du traitement des malades, après qu'ils aient été dirigés vers les hôpitaux. Le problème de la continuité dans les soins, ainsi que l'importance du *personal doctor* a été soulevé dans de nombreux travaux concernant la politique nationale en matière de santé.

En outre, il n'existe aucune coordination entre les services du secteur public et ceux du secteur privé, bien qu'ils ne se fassent pas réellement concurrence. D'une part, leurs rôles ne sont pas tout à fait similaires, d'autre part le secteur privé ne complète pas le secteur public comme il le devrait.

Cela est vrai également pour les services de la médecine du travail. Ceux-ci sont délivrés principalement par l'intermédiaire de fournisseurs privés, or les jeunes médecins choisissent souvent un fournisseur de services privé comme employeur. Le secteur médical public a du mal à trouver des médecins et cette pénurie se fait principalement sentir dans les centres de santé. En raison du manque de médecins, les municipalités ont été obligées d'engager des médecins employés par des entreprises privées et même de

proposer aux centres de santé d'être gérés par une entreprise médicale privée.

Des négociations se déroulent actuellement entre la Commission pour les employeurs des autorités locales et les syndicats, concernant les salaires ou les honoraires du personnel de santé, les ministères concernés ne participant pas à ces négociations. En effet, ces dernières années, un nombre important de grèves ou de menaces de grève a été constaté, en raison des problèmes liés aux salaires des médecins et des infirmiers. De plus, les infirmiers soulignent le caractère exigeant des tâches qui leur sont attribuées et la pénurie de personnel dans les hôpitaux.

Quelques inquiétudes surgissent quant aux conséquences que pourrait avoir une augmentation des salaires, par exemple sur l'accessibilité des services pour les personnes aux revenus modestes, puisqu'il n'existe en Finlande aucune exemption d'honoraires quelle que soit la situation de la personne. Aussi, en cas d'incapacité de payer, de plus en plus de personnes se tournent vers l'aide sociale afin de trouver un moyen de subsistance. Selon une étude réalisée entre 1987 et 1996, on a enregistré une forte augmentation de la proportion des foyers aux revenus les plus faibles et contrainte de demander de l'aide auprès de parents, d'amis ou de la municipalité, pour couvrir leurs dépenses médicales (de 2,1% à 8,4% (parents et amis) et de 3,2% à 7,3% (aide municipale) pendant la durée de l'étude).

Les inquiétudes soulevées par les salaires élevés ont conduit à l'introduction d'un plafond annuel pour les frais de santé, depuis le début de l'année 2000. Cependant, ce plafond annuel ne couvre pas les produits pharmaceutiques, les soins de santé privés, les soins à domicile, ni certains autres services. Le coût des produits pharmaceutiques a étendu le problème aux patients aux revenus modestes qui ne peuvent pas acheter les médicaments prescrits en raison de leur prix. Généralement, l'assurance maladie ne rembourse que 42% du prix des médicaments et c'est uniquement pour certaines maladies graves que le niveau de remboursement couvre l'intégralité du prix.

La qualité des services et des installations de santé est, en général, d'un niveau élevé. Pourtant, la qualité des traitements n'est pas définie en détail par la législation ou d'aucune autre manière. L'idée qui prévaut en Finlande est que le niveau d'éducation des médecins, des infirmiers et des autres

employés des services de santé est un moyen important de garantir la qualité des services. Des lignes directrices nationales sur l'assurance de qualité dans l'aide sociale et les soins de santé ont été publiées en 1995 et en 1999. Les principes sous-tendant ces lignes directrices sont la promotion de l'approche des patients dans les services, l'incorporation d'une assurance de qualité formant partie intégrante des activités journalières et l'utilisation des connaissances pour constituer la base à partir de laquelle on peut surveiller, mesurer et évaluer l'aide sociale et les soins de santé. Toutefois, il ne s'agit que de consignes générales et non d'une législation au caractère obligatoire, c'est pourquoi la discussion concernant la qualité des traitements se poursuit en Finlande.

Des critiques ont été émises en particulier dans les soins spécialisés, sur le fait que la Finlande est l'un des rares pays d'Europe où un patient ne peut pas choisir librement son médecin. La possibilité pour les patients de choisir leur fournisseur de services a été et continue d'être évoquée et débattue fréquemment. Les patients n'ont pas vraiment de choix, que ce soit pour les médecins chargés des soins primaires ou pour la répartition géographique des hôpitaux finlandais. En outre, la population rurale relativement importante impose certaines contraintes pesant sur la liberté de choix des patients.

En comparaison avec d'autres pays, le niveau de réussite des programmes de santé finlandais se situe dans la moyenne. La mortalité infantile est très faible en Finlande, en comparaison avec les statistiques moyennes de l'OCDE²⁵. L'espérance de vie a augmenté, ces dernières années : elle était, en 2005, de 75,5 ans pour les hommes et de 81,6 ans pour les femmes. Cependant, la dépression nerveuse représente un gros problème en Finlande. En effet, au cours des dernières années, la majorité des salariés ayant quitté leur emploi – en raison d'une incapacité de travailler – et recevant des indemnités avant d'avoir atteint l'âge de percevoir une retraite, souffraient de dépression. L'environnement de travail dans les entreprises finlandaises est très affecté par ce problème, qui fait actuellement l'objet de sérieux débats dans le pays. La santé mentale est l'un des thèmes sur lesquels la réforme des programmes de santé en Finlande devrait se concentrer. En effet, si auparavant, les maladies cardiaques et les accidents

²⁵ « Panorama de la santé 2007 » *Indicateurs OCDE*, disponible à l'adresse : http://puck.sourceoecd.org/v1=4774825/cl=37/nw=1/rpsv/health2007_fre/index.htm

cérébrovasculaires représentaient une part importante des problèmes médicaux, en particulier chez les hommes, actuellement les problèmes psychologiques les dépassent amplement. Un autre problème grave qui touche les femmes est l'augmentation des cancers du sein, dont on ignore la cause exacte. Le taux élevé de suicides est un problème qui se trouve également au cœur des préoccupations, et qui est probablement lié à l'augmentation des dépressions.