

Chapitre 4

Les performances du secteur de la santé norvégien

Depuis le milieu des années à 90, la Norvège a mis en œuvre une série de réformes dans le but d'améliorer la qualité des soins de santé et la capacité de réaction du système. Les réformes ont permis d'accroître la quantité de services fournis et d'améliorer leur qualité tant pour les soins primaires que pour les soins spécialisés. Les délais d'attente sont progressivement réduits. L'efficacité des hôpitaux publics s'est améliorée. Le réseau de pharmacies s'est étoffé. Les pénuries de ressources humaines ne sont plus un sujet de préoccupation majeur. Le coût de la prestation des services de santé a cependant augmenté plus vite que prévu. Le système de financement actuel ne parvient pas à faire coïncider les incitations des prestataires de soins de santé et des patients avec les objectifs sociaux. Mais les secteurs hospitalier et pharmaceutique n'ont pas bénéficié d'une concurrence plus vive de nature à faire baisser les coûts et les prix.

Panorama

Les autorités sanitaires norvégiennes sont confrontées aux mêmes facteurs structurels que les autres pays, à savoir que la demande de traitements et de services médicaux et le potentiel permettant de la satisfaire augmentent avec le niveau de revenu, que les technologies médicales les plus récentes ne réduisent pas nécessairement les coûts et que l'allongement de l'espérance de vie continuera probablement de tirer la demande vers le haut. L'*Étude économique de la Norvège de l'OCDE* de 1998 identifiait trois grands défis qui attendaient le secteur de la santé norvégien : i) des pénuries de capacité, comme en témoignaient les longues listes d'attente, et un manque de personnel dans les professions de santé; ii) la nécessité de trouver un juste milieu entre l'objectif d'efficacité par rapport au coût et le souci de continuer à offrir tout l'éventail des services de santé partout dans le pays; iii) le risque d'un accroissement des dépenses à l'avenir. Le présent chapitre décrit les principales mesures de réforme mises en œuvre, s'efforce de déterminer leur impact sur le secteur de la santé de la Norvège, notamment à partir du milieu des années 90, et formule des recommandations en vue de nouvelles améliorations.

Réformes

Depuis la fin des années 90, les autorités norvégiennes ont mis en œuvre un remarquable ensemble de réformes pour accroître l'efficacité de la prestation des services médicaux, en partie en laissant le marché jouer un plus grand rôle, mais aussi en préservant, et si possible en renforçant, la qualité et l'équité. C'est ainsi que :

- Des mesures ont été prises dans le domaine des soins primaires pour faire jouer aux généralistes un rôle de filtre plus important et pour améliorer la qualité de leurs services.
- Dans le domaine des soins spécialisés, le système de financement à l'activité s'étend. Le secteur hospitalier a également fait l'objet d'une profonde restructuration.
- Des objectifs ambitieux ont été arrêtés au niveau central pour les soins de longue durée et les communes déploient actuellement des efforts importants pour les atteindre.
- Le secteur pharmaceutique est en cours de libéralisation et des mesures ont été prises pour freiner la progression des dépenses publiques pour les médicaments.
- Des programmes ont été mis sur pied pour remédier au manque de personnel dans les professions de santé.

Résultats

L'offre de services et la capacité de réaction ont été améliorées grâce à la mise en œuvre de ces réformes :

- L'activité des hôpitaux et des médecins en pratique libérale s'est accrue.
- L'efficacité technique des hôpitaux publics semble s'être améliorée. Les délais d'attente ont été réduits aussi bien pour les soins primaires que pour les soins spécialisés.

- Le nombre de pharmacies en zone urbaine a augmenté sans que soit affectée l'offre dans les régions éloignées, et les horaires d'ouverture des officines sont plus longs.
- Les pénuries de ressources humaines ne sont plus aussi cruciales, du moins dans les zones densément peuplées.
- La majorité de la population semble satisfaite de la façon dont le secteur de la santé est géré.

Problèmes non résolus

Les mesures mises en œuvre n'ont cependant pas complètement réglé un certain nombre de problèmes tenaces et pourraient avoir rendu d'autant plus urgente la nécessité d'en résoudre d'autres.

- Les dépenses – en particulier les dépenses publiques – ont continué à progresser en dépit des réformes, de sorte que le niveau des dépenses de santé par habitant est l'un des plus élevés de la zone de l'OCDE.
- On commence à se demander si le système de financement à l'activité agit dans le bon sens pour favoriser une répartition optimale des ressources financières du point de vue social et s'il ne faudrait pas imposer plus de rigueur budgétaire.
- Les dépenses *ex post* sont presque invariablement plus élevées que ce qui était jugé socialement souhaitable *ex-ante*, en particulier dans le domaine des soins spécialisés.
- L'efficacité de nombreux traitements par rapport à leur coût est incertaine, justifiant à peine l'augmentation de l'offre, tandis que l'activité dans d'autres domaines auxquels l'administration centrale a donné la priorité – comme les soins en établissement psychiatrique – a été moins importante que prévu.
- Bien que les dépenses aient augmenté, les disparités géographiques dans la quantité et la qualité des services fournis restent un sujet de préoccupation pour les autorités.
- Il s'avère difficile d'intensifier la concurrence dans le secteur hospitalier ainsi que sur le marché de détail et de gros des produits pharmaceutiques. Un élément essentiel qui devrait inciter à rechercher des gains d'efficacité fait donc défaut.

Le secteur de la santé norvégien dans le contexte de l'OCDE

Objectifs, résultats et coûts

La Norvège a fixé des objectifs ambitieux à son secteur de la santé. La prestation des soins de santé repose sur le principe de la couverture universelle. Tous les résidents de Norvège bénéficient de l'assurance publique. Aucun risque de santé majeur n'est exclu du régime d'assurance publique et tous les traitements pour lesquels il a été démontré scientifiquement qu'ils sont efficaces sont pris en charge¹.

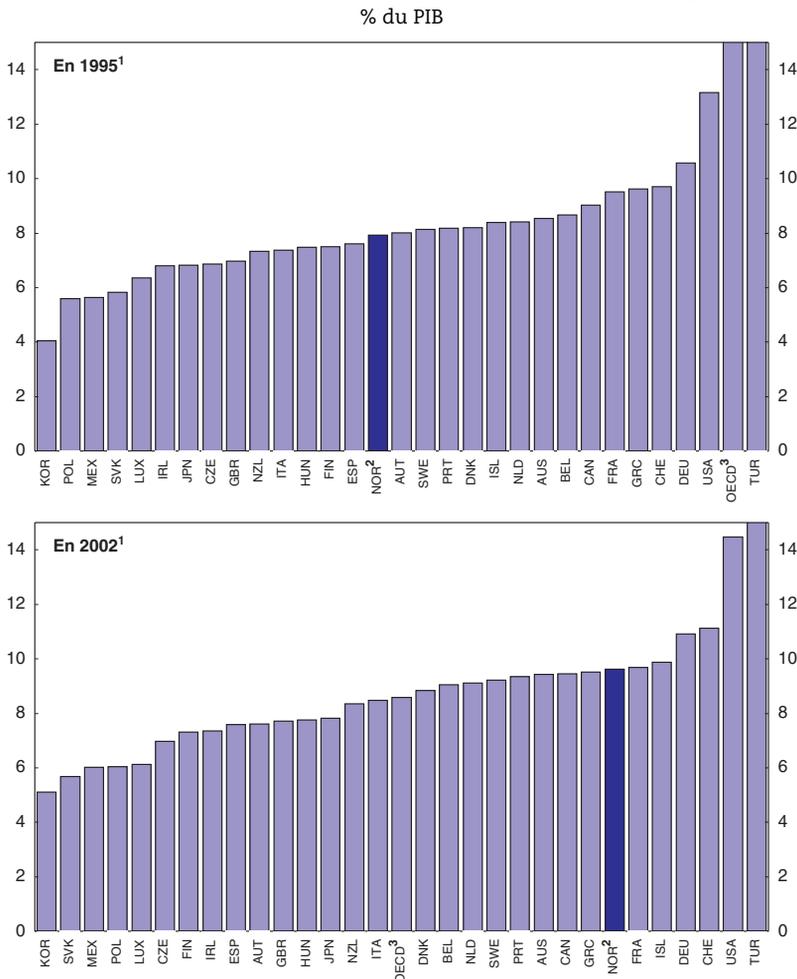
La loi de 1999 sur les droits du patient et la loi de 2001 sur les entreprises de santé ont réaffirmé les principes d'équité dans le secteur de la santé, ce qui signifie que les services de santé doivent pouvoir être utilisés de manière équitable pour les individus qui ont les mêmes besoins, quels que soient leur revenu, leur âge, leur niveau d'instruction, leur sexe, leur origine ethnique ou leur lieu de résidence. En raison de la dispersion de la population, ce dernier critère est difficile à respecter. C'est particulièrement vrai pour les services fournis par les praticiens indépendants – généralistes, médecins spécialisés ayant une clientèle privée ambulatoire et dentistes – pour lesquels il est moins rentable de travailler dans les régions faiblement peuplées que dans les zones urbaines. La population

norvégienne est néanmoins globalement satisfaite de son système de santé. D'ailleurs, un sondage réalisé par Statistics Norway en 2003 (2004a) montre que près de 60 % des personnes interrogées étaient satisfaites de la gestion des soins de santé du pays².

De fait, l'état de santé des Norvégiens est bon, sans être excellent toutefois. L'espérance de vie à la naissance et à l'âge de 65 ans est supérieure à la moyenne, le taux de mortalité infantile est le sixième taux le plus bas des pays de l'OCDE, l'incidence de l'obésité est très faible et la Norvège affiche de bons résultats pour d'autres indicateurs de santé – qui ne sont pas excellents cependant compte tenu du niveau des dépenses. L'annexe 4.A1 présente en détail les principaux paramètres, en les situant dans une perspective internationale.

La part des dépenses de santé dans le PIB est restée globalement stable jusqu'à la fin des années 90, mais elle s'est mise à augmenter par la suite et en 2002 elle atteignait 9 ½ pour cent, soit un point de pourcentage de plus que la moyenne de l'OCDE (graphique 4.1)³. Exprimées par habitant, les dépenses de santé de la Norvège classent le

Graphique 4.1. Les dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE



1. Ou dernière année connue.

2. En % du PIB total. Par rapport au PIB continental, ratio de 9.3 en 1995 et de 12 en 2002.

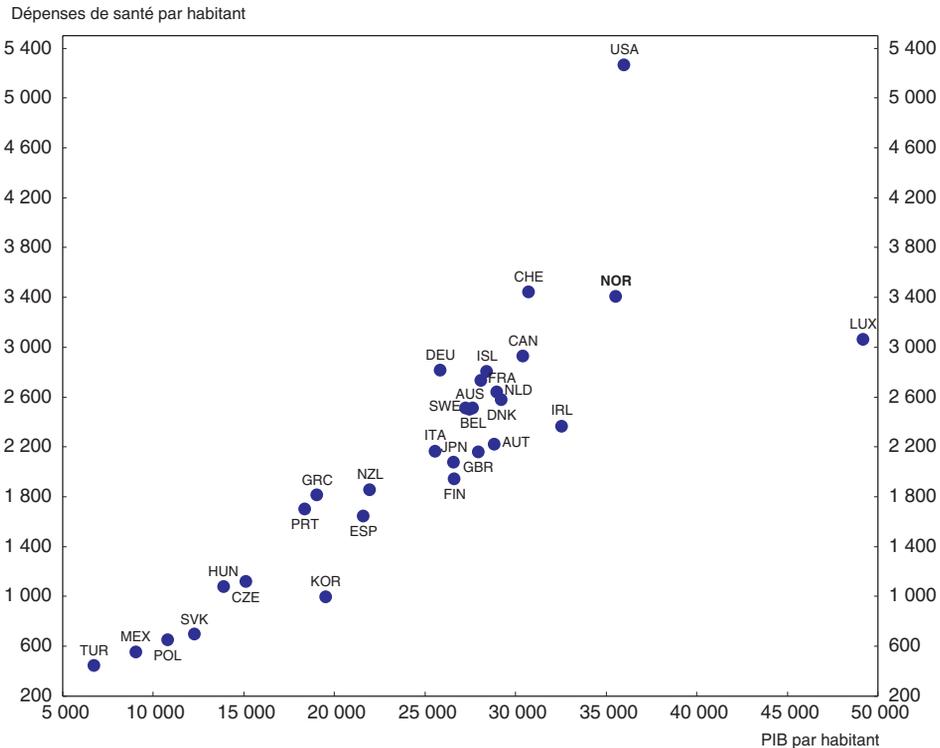
3. Moyenne non pondérée; ensemble des pays pour lesquels des données étaient disponibles au moment considéré.

Source : Eco-santé OCDE (2004); base de données des Perspectives économiques de l'OCDE, n° 76.

pays au troisième rang des pays de l'OCDE, après les États-Unis et la Suisse. Cela est peut-être dû dans une certaine mesure à la relation empirique entre le PIB par habitant et les dépenses de santé par habitant (effet Baumol), imputable à des prix relatifs élevés (graphique 4.2). Les dépenses de santé par habitant dépassent néanmoins de plus de 50 % la moyenne de l'OCDE et elles sont aussi nettement supérieures à celles d'autres pays nordiques⁴.

Graphique 4.2. **Dépenses de santé par habitant et PIB par habitant**

En USD PPA, 2002¹



1. 2001 pour l'Australie et le Japon; 2000 pour la Turquie.

Source : Eco-santé OCDE, 2004.

Étant donné que l'on prévoit une contraction du PIB provenant des activités offshore et un accroissement de la proportion de personnes âgées dans la population au cours des prochaines décennies, la réalisation des objectifs ambitieux fixés pour le secteur de la santé grèvera de plus en plus les budgets. Un exercice de prévision, réalisé par des experts nationaux et coordonné par l'OCDE, montre que les dépenses de santé rapportées au PIB total pourraient enregistrer une progression allant jusqu'à 5 ¼ points de pourcentage en Norvège pendant la première moitié de ce siècle. Ce chiffre est à rapprocher de l'augmentation de 3 ¼ points de pourcentage du PIB attendue en moyenne dans les pays (OCDE, 2003b)⁵.

Financement

Le secteur public finance près de 85 % des dépenses de santé (tableau 4.1) essentiellement sur la fiscalité générale, alors que la moyenne de l'OCDE est de 74 %. Les dépenses de santé des collectivités locales sont financées principalement par des

dotations accordées par l'administration centrale. De plus, la responsabilité de la politique sanitaire, de la santé publique et de la prestation des services de santé incombe en dernier ressort au ministère de la Santé (voir ministère de la Santé et des Affaires sociales, document non daté, pour les domaines de compétences du ministère). Ces dernières années, la participation financière directe de l'administration centrale s'est accrue étant donné que la propriété des hôpitaux a été transférée des comtés à l'État (voir la section sur les soins spécialisés ci-après) et celui-ci a octroyé un plus grand nombre de dotations préaffectées aux communes, par exemple pour la mise en œuvre du plan de renforcement des soins psychiatriques lancé en 1999.

Tableau 4.1. **Sources de financement des dépenses de santé**

En proportion des dépenses totales de santé, en 2002

	Total dépenses publiques	Assurance maladie privée	Dépenses à la charge du patient	Autres dépenses privées	Total des dépenses privées
Australie	..	..	..	..	..
Autriche	69.9	7.4	17.5	5.2	30.1
Belgique	71.2	..	..	..	28.8
Canada	69.9	12.7	15.2	2.3	30.1
République tchèque	91.4	..	8.6	..	8.6
Danemark	82.9	1.6	15.3	0.0	17.1
Finlande	75.7	2.4	20.0	1.9	24.3
France	76.0	13.2	9.8	1.0	24.0
Allemagne	78.5	8.6	10.4	2.6	21.5
Grèce	52.9	..	..	..	47.1
Hongrie	70.2	0.4	26.3	3.1	29.8
Islande	84.0	..	16.0	..	16.0
Irlande	75.2	5.4	13.2	6.3	24.8
Italie	75.6	0.9	20.3	3.2	24.4
Japon	..	..	..	..	..
Corée	52.1	2.0	39.6	6.3	47.9
Luxembourg	85.4	1.4	11.9	1.4	14.6
Mexique	44.9	3.0	52.1	0.0	55.1
Pays-Bas	..	..	..	..	..
Nouvelle-Zélande	77.9	5.7	16.1	0.3	22.1
Norvège	83.5	..	16.1	0.5	16.5
Pologne	72.4	..	27.6	..	27.6
Portugal	70.6	..	..	..	29.4
République slovaque	89.1	..	10.9	..	10.9
Espagne	71.4	4.1	23.6	0.9	28.6
Suède	85.3	..	..	..	14.7
Suisse	57.9	9.6	31.5	1.0	42.1
Turquie	..	..	..	..	..
Royaume-Uni	83.4	..	..	..	16.6
États-Unis	44.9	36.2	14.0	4.9	55.1
OCDE ¹	72.8	7.2	19.8	2.4	27.2

1. Moyenne non pondérée.

Source : OCDE, Eco-santé 2004.

Les paiements directs des ménages représentent 16 % environ des dépenses totales de santé, la part de l'assurance privée étant négligeable. Le Parlement fixe chaque année deux plafonds annuels qui sont relativement faibles. En 2005, le premier plafond était de 1 585 couronnes (environ 195 euros) et il incluait entre autres les médicaments délivrés sur

ordonnance, les consultations externes hospitalières, les soins de santé primaires et secondaires ambulatoires et les frais de transport pour se rendre dans les établissements de soins. Les dépenses de près d'un quart des Norvégiens atteignent ce plafond. Le deuxième plafond est fixé à 3 500 couronnes en 2005 (environ 425 euros) et il englobe les traitements de kinésithérapie, les participations à des programmes de traitement à l'étranger, certains traitements dentaires et les séjours dans les établissements de rééducation. Il existe un certain nombre d'exonérations pour certains services dans le cadre du plafond, par exemple pour les personnes âgées percevant la pension minimum, certains médicaments importants et du matériel médical. Les soins hospitaliers – y compris les traitements en hôpital de jour – sont gratuits pour les patients⁶.

Depuis le milieu des années 1990, la répartition des ressources dans le secteur de la santé a considérablement évolué. Le nombre d'infirmières a augmenté plus vite que celui de médecins (graphique 4.A1.2), et il est aujourd'hui le plus élevé par habitant dans la zone de l'OCDE. Le nombre de lits de soins aigus par habitant reste inférieur au nombre médian de l'OCDE, tandis que le nombre de lits de soins de longue durée par habitant est l'un des plus élevés de la zone de l'OCDE (graphique 4.A1.3). Enfin, bien qu'elles restent faibles rapportées au PIB par comparaison avec d'autres pays de l'OCDE, les dépenses de produits pharmaceutiques par habitant ont manifestement augmenté depuis le milieu des années 1990 et approchent aujourd'hui le montant moyen pour la zone de l'OCDE (graphique 4.A1.4). Ces évolutions ont généralement entraîné une hausse des coûts, toutes choses étant égales par ailleurs.

Le secteur norvégien de la santé après les réformes récemment mises en œuvre

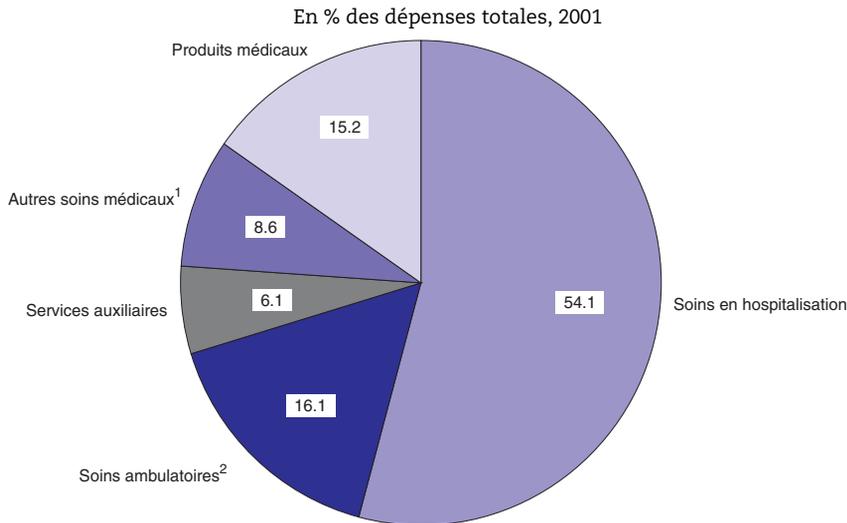
Depuis le milieu des années 1990, la Norvège mène une série de réformes qui touchent tous les domaines de la santé. La présente section examine de près les incidences de ces réformes sur les performances⁷. Elle s'attarde particulièrement sur le secteur hospitalier, dont les activités représentent plus de la moitié des dépenses totales en soins individuels (y compris les dépenses liées aux établissements de long séjour, qui représentent près d'un tiers des « dépenses d'hospitalisation ») (graphique 4.3)⁸.

Soins spécialisés – le rôle des hôpitaux

L'essentiel des soins de santé spécialisés, en particulier les soins en hospitalisation, est dispensé par les hôpitaux publics⁹. Un certain nombre de cliniques privées dispensent également des soins ambulatoires et des soins hospitaliers et des médecins indépendants peuvent aussi assurer des soins spécialisés en ambulatoire¹⁰.

Des réformes récentes de grande envergure

En juillet 1997, le gouvernement a remplacé en partie le système de financement des hôpitaux généraux via des dotations globales par un nouveau système de financement à l'activité. Le remboursement des coûts d'hospitalisation des malades aux hôpitaux généraux se fait sur la base d'une dotation globale et d'une composante liée à l'activité, cette dernière étant calculée sur la base du nombre de patients traités et du système de financement en fonction des groupes homogènes de malades (Hagen et Kaarboe, 2003). Le remboursement est calculé sur la base des coûts moyens et non des coûts marginaux, ces derniers pouvant être plus faibles en raison des économies d'échelle.

Graphique 4.3. **Dépenses totales en soins de santé individuels par catégorie**

1. Traitements de jour et soins à domicile.

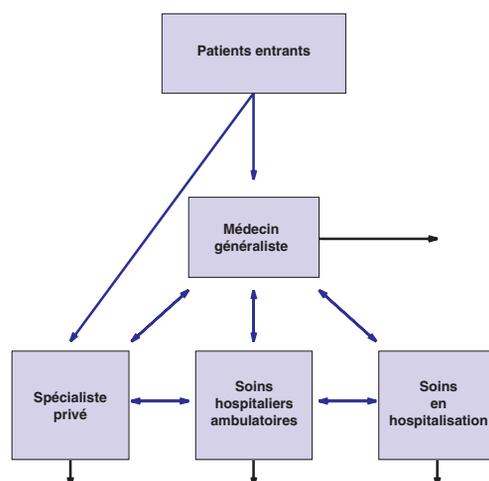
2. Services médicaux au cabinet du médecin, établissements hospitaliers de soins de jour et centres de soins ambulatoires.

Source : Eco-santé OCDE 2004.

La dotation calculée sur la base de l'activité pour les soins hospitaliers a augmenté de manière irrégulière au fil des années, passant de 30 % du montant total au départ à 60 % dans le budget 2005. Aucun paiement direct du patient n'est requis. Pour les consultations externes hospitalières, le financement à l'activité – dont la part reste fixée à 40 % – est calculé à l'acte et une partie de cette composante est payée directement par les patients, tandis que le reste est remboursé par le Système national d'assurance. Les hôpitaux psychiatriques et les établissements de réadaptation gériatrique sont toujours financés par des dotations globales.

En 1999, la loi sur les droits du patient a donné aux patients le libre choix de l'hôpital dans le secteur public. Ce droit a été progressivement élargi de manière à inclure les services fournis par le secteur privé et les patients peuvent désormais librement choisir de se faire soigner soit par un médecin spécialiste ayant une clientèle privée, soit dans n'importe quel établissement hospitalier (en soins ambulatoires ou en régime hospitalier, dans un établissement public ou privé) après avoir été orientés par leur généraliste (graphique 4.4). La seule restriction est que l'hôpital ait un contrat avec l'entreprise régionale de santé (voir ci-après). Les patients ont également le droit de bénéficier d'avis médicaux spécialisés dans les 30 jours suivant leur orientation par leur généraliste et de se voir donner une estimation du délai dans lequel le diagnostic et, par la suite, les traitements doivent être effectués. Si ce délai n'est pas respecté, le système d'assurance sociale a la responsabilité d'assurer aux patients un traitement soit dans le secteur privé, soit à l'étranger, les frais étant pris en charge par l'entreprise régionale de santé. La majoration des dépenses pour l'hôpital peut atteindre 30 % par patient dont le plan de traitement n'a pas été respecté. Par contre, si les hôpitaux se conforment au délai, ils peuvent bénéficier de transferts plus importants au titre de la composante liée à l'activité.

Graphique 4.4. Flux de patients dans les soins primaires et secondaires



Source : Iversen et Kopperud (2003).

La loi sur les entreprises de santé, qui réforme en profondeur la propriété et l'organisation des services de santé spécialisés, est entrée en vigueur en janvier 2002 (au sujet de la « réforme hospitalière » voir le document non daté du ministère de la Santé et des Affaires sociales). La propriété des hôpitaux a été transférée des comtés norvégiens à l'administration centrale, afin de concentrer la responsabilité politique du secteur hospitalier entre les mains d'une seule institution, le ministère de la Santé et des services d'aide¹¹, de manière à freiner la tendance des comtés à vouloir se doter de tous les types d'établissements hospitaliers. Cela s'est traduit par une duplication dispendieuse, avec une microgestion accrue des hôpitaux au détriment de la qualité et de la maîtrise des coûts. Enfin, le partage des attributions entre les comtés et l'État en matière de soins hospitaliers a eu souvent pour effet de diluer les responsabilités.

La réforme hospitalière a abouti à la création de cinq « entreprises régionales de santé » couvrant un certain territoire, relevant toutes du ministère de la Santé et chargées de la fourniture des services de santé dans leur région respective. Les entreprises régionales de santé sont propriétaires des 33 « groupements sanitaires » locaux et ont pour mission de contrôler leurs coûts et la qualité de leurs services^{12,13}. C'est toujours l'administration centrale qui définit leurs principaux objectifs de politique sanitaire ainsi que leurs moyens financiers. L'entreprise régionale de santé la plus importante est celle de l'est du pays; elle couvre 40 % de la population norvégienne.

Les membres du conseil d'administration des entreprises régionales de santé sont nommés par le ministre de la Santé. Chaque conseil désigne son propre directeur général ainsi que les membres des conseils d'administration de chaque groupement sanitaire relevant de sa région. Enfin, les groupements sanitaires sont gérés par un directeur général désigné par le conseil d'administration. Les directeurs généraux des groupements sanitaires rendent compte également de façon informelle au directeur général de l'entreprise régionale de santé¹⁴. Par conséquent, les entreprises régionales peuvent influencer de manière significative sur la gestion des groupements sanitaires. Comme toutes les directives intéressant les groupements émanent de ces dernières, principalement par la voix de leur directeur général, le rôle de gestion des conseils d'administration n'est pas

bien défini. Ils ont la responsabilité de leur budget et, en cas de déficit, ils peuvent emprunter à court terme et reporter les déficits sur l'exercice suivant. L'État n'est donc pas obligé d'équilibrer le budget *ex post*. Toutefois, les groupements hospitaliers ne sont pas autorisés à déposer leur bilan.

Lorsque la réforme a été introduite, les entreprises régionales de santé pouvaient choisir entre un «modèle basé sur la concurrence», mettant en concurrence un grand nombre d'hôpitaux locaux pour gagner des clients ou, à l'autre extrême, un «modèle basé sur la coopération», centralisant les hôpitaux locaux au sein d'un petit nombre de grands établissements. Les choix structurels ont surtout favorisé la mise en place d'un système proche du « modèle de coopération ». En conséquence, la plupart des groupements sanitaires centralisent actuellement les fonctions administratives de nombreux hôpitaux, chacun d'entre eux étant spécialisé dans des traitements spécifiques, bien que la concurrence puisse encore s'exercer. D'ailleurs, les entreprises de santé consacrent de 2 à 3 % de leur budget à la passation de marchés avec des cliniques privées pour assurer certains services. De plus, les groupements sanitaires peuvent en principe se concurrencer pour obtenir des clients. Enfin, en ce qui concerne les soins ambulatoires spécialisés, les patients peuvent également choisir de consulter un médecin indépendant au lieu de faire appel au service de consultations externes de l'hôpital.

Les retombées positives des réformes

En principe, le choix du patient, joint au financement sur la base des GHM, devrait davantage inciter les hôpitaux, pour attirer les patients, à offrir plus de services de meilleure qualité en respectant mieux les délais. De plus, la transformation des hôpitaux publics d'unités administratives en entreprises devrait avoir durci leur contrainte budgétaire, contribuant ainsi à la maîtrise des coûts et à l'égalisation des conditions de concurrence entre secteur public et secteur privé. Les indicateurs d'activité des hôpitaux généraux montrent que les réformes ont eu des retombées positives (tableau 4.2). La variabilité géographique s'est également accentuée, en particulier en ce qui concerne les traitements de jour après 1999. Selon Kjerstad (2003), le nouveau système de financement a eu une incidence notable à la fois sur le nombre de patients soignés et sur les points GHM produits¹⁵.

Tableau 4.2. **Activité des hôpitaux généraux**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Norvège						
Sorties pour 1 000 habitants	155.9	158.1	155.5	160.5	162.4	168.9
Traitements de jour pour 1 000 habitants	21.8	35.9	38.1	72.3	78.7	90.8
Consultations ambulatoires pour 1 000 habitants	754.2	773.3	802.9	798.2	689.7	724.9
Lits de 24 heures pour 1 000 habitants	3.3	3.2	3.2	3.1	3.2	3.2
Durée moyenne de séjour ¹	6.3	6.2	6.1	5.9	5.8	5.6
Coefficient de variation entre régions						
Sorties pour 1 000 habitants	0.14	0.15	0.14	0.15	0.16	0.16
Traitements de jour pour 1 000 habitants	0.45	0.08	0.12	0.23	0.24	0.28
Consultations ambulatoires pour 1 000 habitants	0.10	0.10	0.11	0.12	0.13	0.13
Lits de 24 heures pour 1 000 habitants	0.17	0.17	0.18	0.17	0.17	0.18
Durée moyenne de séjour ¹	0.05	0.06	0.05	0.05	0.05	0.06

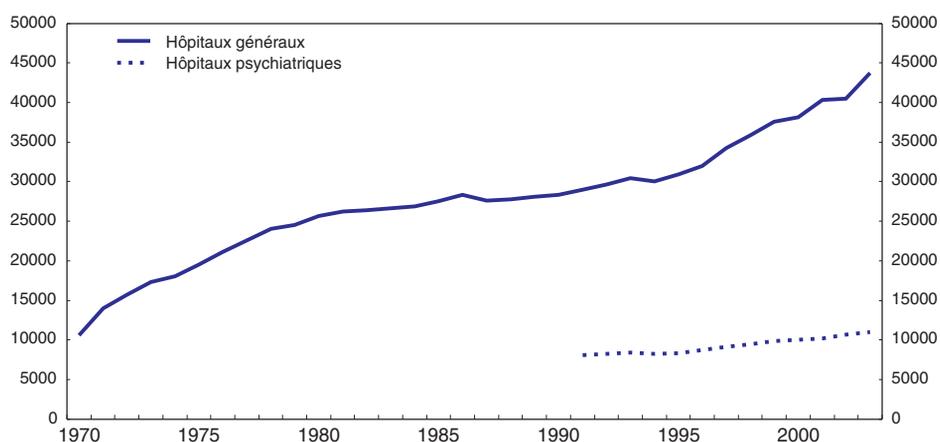
1. Ne comprend pas les traitements de jour.

Source : Ministère de la Santé.

Les améliorations obtenues en termes de rationalisation des ressources sont plus difficiles à déterminer. Depuis 1998, le nombre de lits par habitant est resté stable globalement, alors que la durée moyenne des séjours – à l'exclusion des traitements de jour – a considérablement diminué dans toutes les régions. Sinon, le coût des ressources a fait un bond depuis l'introduction du mécanisme des GHM, après une période de relative stabilité dans les années 1990 lorsque les services hospitaliers étaient financés uniquement par des dotations globales (graphique 4.5)¹⁶. Les dépenses en facteurs de production se sont accélérées après l'introduction de la réforme hospitalière. Statistics Norway estime qu'en 2002 les dépenses hospitalières ont progressé de 22 % en termes nominaux et de 13 % en termes réels par rapport à l'année précédente, alors que le taux de progression était déjà élevé en 2001, à savoir 12 et 9 % respectivement. Les fortes hausses de salaires accordées aux médecins hospitaliers en 2002-2003 ont été l'une des principales raisons de cette poussée des coûts. Les augmentations de salaires accordées par la suite ont été beaucoup plus modestes.

Graphique 4.5. **Coûts des services spécialisés somatiques et psychiatriques 1970-2003¹**

En milliers de NOK, aux prix 2003



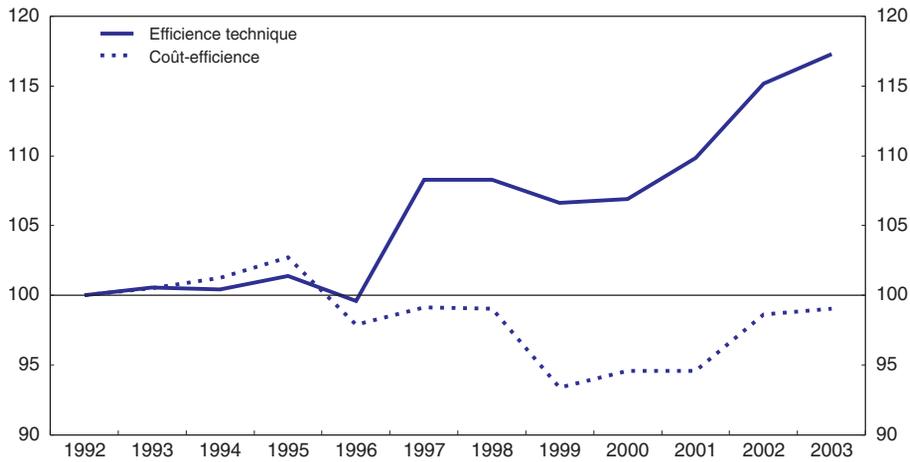
1. À l'exclusion des coûts en capital.

Source : SINTEF Health Research.

Dans une analyse reposant sur une définition détaillée des produits et des facteurs de production, Biorn et autres (2003) considèrent que les réformes ont conduit à une amélioration de l'« efficacité technique » des hôpitaux¹⁷. Une mise à jour récente de cette analyse par le centre de recherche SINTEF montre que l'essentiel des améliorations est intervenu en 1997 avec l'introduction du mécanisme des GHM (graphique 4.6) et que de nouveaux gains n'ont été obtenus qu'après la mise en œuvre de la réforme hospitalière de 2001¹⁸. De plus, le délai d'attente moyen a été réduit depuis 2000¹⁹. Après la réforme hospitalière, la réduction a été encore plus forte et, au milieu de 2004, les délais d'attente étaient d'environ 40 % inférieurs à ceux du début de 2002.

Graphique 4.6. **Effizienz des hôpitaux 1992-2003**

1992 = 100



Source : SINTEF Health Research.

Mais des problèmes demeurent en ce qui concerne les coûts et les déficits,...

Depuis leur mise en place en 2002, toutes les entreprises régionales de santé, à l'exception de celle de la région est, ont constamment enregistré des déficits, de l'ordre de 2 milliards de couronnes en 2003 et 2004 (environ 250 millions d'euros), la production ayant été plus importante que prévu initialement (tableau 1.4). Les déficits du secteur hospitalier ne sont pas pris en compte dans la mesure des déficits du secteur public de la Norvège. Si les entreprises de santé traitent un plus grand nombre de patients que leur budget initial le prévoit, en principe l'État ne devrait alors leur rembourser que 60 % de leurs coûts moyens au titre de la composante liée à l'activité, tandis que la dotation globale devrait rester inchangée. Étant donné que 60 % des coûts moyens représentent probablement un montant inférieur au total des coûts marginaux, le fait de traiter un plus grand nombre de patients que le prévoit le budget ne devrait pas être rémunérateur pour les entreprises de santé.

Tableau 4.3. **Croissance de l'activité des hôpitaux généraux**
(points de %)

	Croissance en points GHM	Objectifs de croissance ¹
1992-1996	2.0 ²	–
1997-2000	3.2 ²	–
2000-2001	4.5	2.0
2001-2002	2.6	1.5
2002-2003	7.0 ³	0.0
2003-2004	1.5 ³	0.0

1. Budget national.

2. Augmentation annuelle moyenne.

3. Estimations.

Source : Hagen (2004).

L'anticipation d'un financement *ex post* de la part de l'administration centrale est probablement la raison expliquant ce surcroît d'activité. En principe, la dotation globale devrait être déterminée sur la base de critères objectifs liés à la démographie. En réalité, le Parlement a souvent complété les crédits alloués initialement par des crédits sans affectation particulière²⁰. D'autres ressources budgétaires attribuées sur une base discrétionnaire et non en fonction d'objectifs sont également accordées aux hôpitaux dans les régions excentrées où l'absence d'économies d'échelle pourrait faire augmenter les coûts, aux hôpitaux ayant des fonctions très spécialisées, comme le traitement de maladies rares, et aux hôpitaux qui traitent des patients venant d'autres régions (« flux de patients hors région »). L'administration s'efforce actuellement de définir des critères objectifs pour le financement des services très spécialisés ou des flux de patients hors région.

En 2003, le Parlement a décidé que les entreprises régionales de santé devaient équilibrer leur budget d'ici à 2005 et préserver cet équilibre par la suite²¹. Dans le cas de l'entreprise de santé de la région sud, il a décidé que l'équilibre ne devait être atteint qu'après 2005. En 2005, le Parlement a décidé que toutes les entreprises régionales devaient être en équilibre pour 2006. Le traitement plus favorable réservé aux entreprises ayant les plus gros déficits pourrait décourager la mise en œuvre de mesures plus ambitieuses de réduction des coûts ou d'amélioration de l'efficacité.

Avant la réforme hospitalière, les propriétaires des hôpitaux (les comtés) disposaient pendant les années 90 d'un budget d'équipement annuel moyen de 3 milliards NOK. Désormais, les investissements sont toujours financés par des dotations globales accordées par l'administration centrale, mais sans affectation spéciale, et les entreprises de santé doivent inclure l'amortissement du capital dans leur budget²². Néanmoins, depuis 2002, les investissements des hôpitaux ont augmenté en flèche, puisqu'en 2004 leur niveau avait progressé de 80 % par rapport au niveau moyen des années 90²³. Cela pesera probablement sur les budgets des entreprises régionales de santé au cours des prochaines années, en raison de l'augmentation du service de la dette ainsi que de l'amortissement du capital.

On ne s'attendait pas à cette poussée des investissements, surtout parce que les gains d'efficacité avaient créé une surcapacité dans de nombreux groupements sanitaires. Les entreprises régionales de santé avaient donc commencé à fermer certains hôpitaux locaux ou départements de petite taille, d'autres ayant été fusionnés. La restructuration s'est cependant heurtée à une opposition au niveau local et, dans certains cas, le ministère de la Santé est intervenu. La restructuration n'a pas été optimale et la surcapacité reste un problème exacerbé par le boom des investissements hospitaliers. Certains hôpitaux publics ont commencé à recourir à la publicité pour attirer des clients.

... des réorientations non souhaitées des activités et des ressources financières...

Bien qu'il existe un système de classement des priorités des maladies²⁴, bien souvent les activités ont été orientées de préférence vers des groupes de maladies plus rémunérateurs (« écrémage »). Cependant, ces activités ne correspondent pas nécessairement à des priorités du point de vue social. Un exemple éloquent des effets négatifs de cet « écrémage » a été le doublement, entre 1999 et 2003, des opérations chirurgicales destinées à remédier au ronflement, parce que les remboursements étaient généreux (Christensen et autres, 2004). De ce fait, le ministère de la Santé a réduit des deux tiers en 2004 le remboursement des interventions de ce type. Un autre problème est que

dans le cadre du système de rémunération en points GHM il faut parfois deux ans pour que les nouvelles technologies soient bien prises en compte; d'où un risque de surestimation ou de sous-estimation du coût des traitements qui engendre une offre excessive ou insuffisante de traitements²⁵.

Un autre défaut du système de financement actuel est que pour l'hôpital de jour les patients n'ont pas à effectuer de paiements directs, ce qui n'est pas le cas pour les consultations externes. Par ailleurs, l'hospitalisation de jour est remboursée plus généreusement que les consultations externes. Par conséquent, il se peut que les hôpitaux, pour attirer des patients et aussi pour accroître leurs recettes, aient redéployé une partie de leur activité des consultations externes vers l'hôpital de jour, ce qui n'est pas efficace en termes de coût (tableau 4.2).

On a observé des cas d'utilisation abusive du système (« dérive des GHM »), comme un deuxième diagnostic inutile ou la duplication des demandes de traitement. Ces exemples mettent en lumière l'inadéquation des systèmes de contrôle interne des hôpitaux et la nécessité d'améliorer la gestion des structures institutionnelles en place. Des contrôles plus stricts pour lutter contre ce phénomène sont actuellement mis en place par le ministère de la Santé, sur avis de commissions nationales composées essentiellement de médecins.

Enfin, on craint de plus en plus que la primauté accordée au financement à l'activité ne prive de ressources des activités qui sont moins profitables pour les hôpitaux, mais qui socialement pourraient être souhaitables, comme le traitement de maladies rares, ou qui sont exclues du mécanisme de financement à l'activité, comme la santé mentale. Les niveaux d'activité dans les hôpitaux psychiatriques ont été plus faibles que dans les hôpitaux généraux, ce qui est contraire aux priorités nationales. Les autorités norvégiennes envisagent également d'introduire le système des GHM dans les soins psychiatriques, au moins pour les patients prioritaires.

... et la concurrence dans le secteur hospitalier

La réforme hospitalière a suscité des problèmes de concurrence²⁶. La réorganisation des groupements hospitaliers placés sous la responsabilité des cinq entreprises régionales de santé a entraîné une forte concentration dans le secteur et chaque groupement est en fait un quasi monopole local, en particulier pour certains traitements spécifiques (Brekke, 2002). D'ailleurs, malgré l'augmentation récente de l'offre privée de services de santé²⁷, les établissements privés à but non lucratif n'occupent actuellement qu'une faible part du marché, inférieure à 5 %. Les cliniques privées doivent généralement se spécialiser pour devenir plus efficaces et plus rentables et leur activité se limite souvent à l'hospitalisation de jour. En outre, les entreprises régionales de santé sont acheteurs de services de santé, car elles doivent faire en sorte que la demande de services de santé soit satisfaite par une offre suffisante, provenant d'établissements hospitaliers publics ou privés, mais sont aussi prestataires de services de santé. Le fait qu'elles jouent ce double rôle pourrait faire obstacle à une égalisation des conditions de concurrence entre établissements publics et privés. D'après l'autorité de la concurrence, il est courant de donner la priorité aux demandes de services offerts par le secteur public, le secteur privé étant cantonné dans un rôle résiduel^{28,29,30}. La surcapacité dans les hôpitaux publics pourrait aggraver ce problème.

Enfin, peu de patients quittent leur région ou leur lieu de résidence pour se faire traiter, peut-être parce que le principe « l'argent suit le patient » n'a pas été intégralement appliqué. Le remboursement n'est pas automatique, et il est subordonné à un accord entre les deux régions sanitaires. Par conséquent, une région sanitaire n'est pas nécessairement incitée à attirer des patients qui ne sont pas de sa région, tandis que les entreprises régionales de santé les moins efficaces pourraient être incitées à refuser un accord avec les plus efficaces de manière à protéger leurs propres hôpitaux d'une plus forte concurrence³¹. Pour stimuler la concurrence interrégionale, le gouvernement a demandé aux entreprises de prendre en charge 80 % du prix calculé en points GHM pour les patients qui ont décidé de se faire soigner dans des hôpitaux situés hors de la région où ils habitent.

Médecins spécialistes libéraux

Les spécialistes libéraux représentent environ 17 % du nombre total de spécialistes. Ils peuvent s'établir n'importe où dans le pays et conclure des contrats avec les entreprises régionales de santé pour la prestation de services aux patients, et leur mode de financement est similaire à celui des soins hospitaliers ambulatoires. Leur répartition géographique est loin d'être uniforme, car ils peuvent juger qu'il n'est pas rentable de s'établir dans des zones excentrées. D'un autre côté, les entreprises régionales de santé de ces zones pourraient préférer faire appel aux services hospitaliers de consultations externes pour fournir des services spécialisés. Du fait de cette répartition inégale, les objectifs d'équité des autorités dans l'utilisation des soins spécialisés sont plus difficiles à atteindre. D'ailleurs, Iversen et Kopperud (2003) et (2004) ont observé que, après prise en compte des caractéristiques des patients, la contrainte de capacité et le déplacement plus important à effectuer pour consulter un médecin spécialiste en ambulatoire réduisent la probabilité qu'un patient de consulter, alors que le problème ne se pose pas pour les soins hospitaliers ambulatoires.

Soins primaires

Les communes sont chargées de veiller à la prestation des soins primaires, qui sont dispensés essentiellement par des généralistes indépendants ayant conclu un contrat avec elles (90 % de l'effectif total). Le reste des services est assuré par des généralistes ayant le statut d'agent de la collectivité locale et percevant un salaire.

Le nouveau système de la « liste de patients »

En juin 2001, le gouvernement a procédé à des changements importants dans les soins primaires par le biais du système dit de la « liste de patients ». L'objectif de cette réforme est d'améliorer l'accès des patients aux généralistes et de renforcer la relation entre patients et médecins. Les patients sont invités (sans y être obligés) à s'inscrire sur la liste de leur généraliste « habituel », qui dès lors est leur médecin référent pour l'accès à d'autres services médicaux et est responsable de la coordination de ces services. Les patients inscrits sur la liste d'un généraliste doivent pouvoir obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable et aussi pouvoir le contacter par téléphone pour lui demander conseil et lui poser des questions. Ils ont le droit de demander un deuxième avis à un autre généraliste. Globalement, 70 % de la rémunération des généralistes continuent de provenir des paiements à l'acte, remboursés par le Système national d'assurance, et des forfaits de consultation payés directement par les patients. Les 30 % restants sont financés par les communes – qui utilisent à cet effet les dotations globales que leur verse l'État – en

fonction du nombre de patients inscrits sur les listes des généralistes. Ce paiement à la capitation a remplacé l'ancien paiement calculé en fonction des ressources mises en œuvre et il est destiné à prévenir « l'écrémage ». Les petites communes (moins de 5 000 habitants) peuvent verser aux généralistes indépendants un complément de revenu pour compenser le fait qu'ils ont peu de patients sur leur liste³².

Les retombées bénéfiques des réformes

À la suite de la réforme introduisant la liste de patients, 98 % des habitants sont désormais inscrits auprès d'un généraliste. D'après les sondages effectués par le ministère de la Santé (2004), les patients et les généralistes semblent globalement satisfaits de la réforme : les patients estiment que l'accès est facilité, tandis que les généralistes jugent plus important désormais de satisfaire leurs patients et de leur offrir de meilleurs services (Carlsen et Norheim, 2003). En raison de la plus grande implication des généralistes, les patients ont établi avec eux des relations plus durables.

Questions en suspens

La contrepartie de tous ces aspects positifs est la hausse des coûts induite par les réformes, les montants versés aux généralistes par les communes ayant été supérieurs aux dotations initiales de l'administration centrale. Les autorités estiment que si la composante du financement liée à l'activité a augmenté, c'est peut-être parce que les généralistes ont fait de plus gros efforts pour satisfaire les patients.

La charge financière croissante qui pèse sur les petites communes est également préoccupante. La moitié des généralistes dans les communes de moins de 2 000 habitants reçoivent un salaire fixe. En ce qui concerne les généralistes libéraux, les deux composantes de leur rémunération que sont le paiement à la capitation et le financement en fonction de l'activité peuvent ne pas être aussi attrayants que dans des zones plus peuplées. Il n'en résulte pas nécessairement une moindre qualité, mais cela engendre effectivement pour les petites communes des coûts plus élevés pour attirer les généralistes (tableau 4.4). De plus, les patients des communes où les généralistes changent souvent sont moins satisfaits sur le plan de l'accès aux services³³.

Tableau 4.4. Dépenses des communes par habitant pour les soins primaires

	Par taille de la commune	
	Proportion des dépenses totales	
	1999	2002
Moins de 1 999 habitants	66.0	83.0
2 000-4 999 habitants	64.0	72.0
5 000-9 999 habitants	58.0	61.0
10 000-19 999 habitants	57.0	56.0
20 000-29 999 habitants	55.0	51.0
30 000-49 999 habitants	55.0	51.0
Plus de 50 000 habitants	49.0	50.0
Totalité des communes	58.0	56.0
Coefficient de variation	0.10	0.21

Source : Statistics Norway, soins médicaux primaires, dépenses des communes, 2002

On ne parvient pas à renforcer le rôle de « filtre » du généraliste autant qu'il était prévu et il se peut même que ce rôle ait diminué après la réforme. Iversen et Kopperud

(2004) estiment que les patients suivis par un médecin traitant sont davantage susceptibles de consulter un spécialiste ou de se rendre à un service de consultations externes hospitalières au moins une fois par an. D'ailleurs, le nombre de patients orientés vers des spécialistes et de prescriptions de médicaments ont augmenté après l'introduction de la réforme³⁴. Il n'y a pas d'explication convaincante de ce constat inattendu.

Enfin, l'implication plus grande des généralistes envers leurs patients a peut-être également eu un impact sur leur participation aux missions médicales générales, étant donné que la coordination entre soins primaires et soins secondaires doit être améliorée. À l'automne 2003, le gouvernement a donc créé une commission qu'il a chargée d'analyser la situation et de proposer des mesures en vue du renforcement de la coopération entre soins primaires et soins secondaires. Les recommandations de la commission devraient être publiées à la fin de l'hiver 2005³⁵.

Des observations contrastées concernant la « demande induite par le prestataire de services »

Les généralistes ont souvent un déficit de patients, autrement dit le nombre de patients inscrits sur leur liste n'est pas aussi élevé qu'ils le souhaitent. De fait, en dépit d'améliorations, deux ans après la réforme de la liste de patients, près d'un quart des généralistes – exerçant tous dans des zones urbaines – étaient encore confrontés à un déficit de patients. Cela pourrait poser un problème si les généralistes ayant peu de patients inscrits sur leur liste dispensent plus de services qu'il n'est souhaitable du point de vue social, soit pour compenser leur moindre rémunération au titre de l'élément capitation, soit pour attirer et fidéliser de nouveaux patients dans un contexte d'asymétrie de l'information³⁶. D'après les observations recueillies, les généralistes norvégiens qui n'ont pas assez de patients ont un volume d'activité et, du même coup, un revenu plus élevé par personne inscrite sur leur liste que les autres généralistes. Les données semblent indiquer que le nombre de patients orientés vers les hôpitaux de proximité est également plus important depuis la réforme. Les éléments d'information disponibles ne permettent pas de savoir si ces services supplémentaires sont optimaux du point de vue des patients (ou de la société), de sorte que l'on ne sait pas avec certitude s'il existe une « demande induite par les médecins »³⁷.

Prise en charge de longue durée

Les communes ont également la responsabilité d'assurer la prise en charge de longue durée des personnes âgées par des établissements soit publics, soit privés. L'administration centrale fixe les soins minimums devant être fournis par les communes, lesquelles les financent essentiellement au moyen des dotations globales sans affectation particulière qui leur sont allouées par l'administration centrale et en partie par les paiements des patients résidant dans des établissements publics ou bénéficiant de soins à domicile³⁸.

En raison de l'insuffisance de leurs ressources, les communes sont fréquemment dans l'incapacité d'offrir aux personnes âgées l'assistance dont elles ont besoin, de sorte que les hôpitaux doivent prendre en charge des personnes dépendantes qui n'ont pas besoin de soins médicaux aigus. Cette prise en charge par l'hôpital est beaucoup plus coûteuse que les soins en centres de long séjour ou les soins communautaires. Pour remédier à cette situation, un objectif national a été fixé pour accroître le nombre de places en centres de long séjour de manière à ce qu'il soit possible d'accueillir au moins 25 % des personnes

âgées de 80 ans et plus. Un certain nombre de communes procèdent actuellement à une profonde restructuration des centres de long séjour afin de se conformer aux normes nationales et de contenir les coûts (voir l'encadré 4.1, qui présente un exemple de restructuration à Bergen).

Encadré 4.1. Les soins de longue durée à Bergen

En 2004, le montant total des recettes de la commune de Bergen s'élevait à 10 milliards de couronnes environ (soit 1.2 million d'euros environ). Près de 30 % de ces recettes sont affectées à des services destinés aux personnes âgées et handicapées. La commune procède à l'achat de soins pour les personnes âgées en lançant des appels d'offres qui sont ouverts aux établissements privés. Généralement, la durée des contrats est de deux ans et ceux-ci précisent *ex ante* des objectifs de qualité, dont la réalisation est contrôlée *ex post* par les autorités municipales.

En 2002, la proportion des personnes âgées de 67 à 79 ans était de 8.8 % de la population totale, celle des personnes âgées de 80 à 90 ans de 3.9 % et celle des personnes de plus de 90 ans de 0.6 %. En 2020, ces proportions devraient atteindre 10.6, 3.7 et 0.9 %. Une restructuration des établissements accueillant les personnes âgées est en cours afin de faire face à l'accroissement prévu de la demande de soins de longue durée par suite du vieillissement de la population. Après la restructuration, la municipalité de Bergen aura la charge de quelque 110 « unités », principalement des centres de long séjour. Chaque unité est responsable de la gestion de son propre budget, l'objectif étant de mieux maîtriser les coûts et d'accroître la transparence.

On procède actuellement à la restructuration des bâtiments dans le but de tripler la part des structures d'accueil pour de courts séjours par rapport au total, actuellement de 10 % environ. Pour ce faire, on rénove surtout les bâtiments existants pour parvenir à une répartition plus rationnelle de l'espace. On construit aussi de nouveaux bâtiments. La préférence donnée à l'accueil de courte durée plutôt qu'à l'accueil de longue durée devrait permettre de traiter ou de prendre en charge un plus grand nombre de personnes à leur domicile. Les personnes âgées auraient ainsi la possibilité de mieux récupérer après une intervention chirurgicale ou un accident et en même temps les coûts seraient moindres pour la commune. De fait, la commune estime que l'admission sans contrôle de personnes dans les établissements de long séjour d'une part fait augmenter les coûts et, d'autre part, réduit les taux de récupération. Qui plus est, la prise en charge par la communauté pourrait se traduire par une diminution des séjours de personnes âgées à l'hôpital de Bergen, ce qui libérerait des capacités pour d'autres activités. Néanmoins, le personnel traditionnel des maisons de retraite, les citoyens en général et les élus locaux sont parfois opposés à cette prise en charge des personnes âgées par la communauté.

En dépit des transferts accordés ponctuellement par l'administration centrale pour la construction de nouveaux centres de long séjour, la restructuration a été en partie responsable – outre le fait que les recettes ont été moins élevées que les estimations initiales en raison d'une croissance plus faible que prévu et que d'autres dépassements budgétaires se sont produits – de l'aggravation des déficits pour la commune, en particulier à partir de 2002. La dette cumulée a atteint la coquette somme de 85 milliards de couronnes, soit près de 9 fois les recettes annuelles de la municipalité, et l'objectif de cette dernière est maintenant de la réduire en procédant à des réductions de personnel.

Ressources humaines dans le secteur de la santé

Le ministère de la Santé limite le nombre de postes dans la profession médicale dans l'ensemble du pays. Des problèmes de recrutement ou de maintien en poste de professionnels de la santé ont commencé à se poser à la fin des années 90, en particulier pour le personnel infirmier et les généralistes. La pénurie affectait surtout les zones excentrées, en dépit du fait que le nombre de professionnels de la santé par habitant dans ces régions était déjà supérieur à la moyenne (tableau 4.5).

Tableau 4.5. Nombre de professionnels de la santé¹

	1999	2003
Médecins pour 10 000 habitants	7.9	8.5
Communes très excentrées	10.2	11.3
Communes assez excentrées	8.0	9.2
Communes assez centrales	7.6	8.1
Communes centrales	7.4	7.8
Kinésithérapeutes pour 10 000 habitants	7.6	8.3
Communes très excentrées	7.1	8
Communes assez excentrées	7.1	7.9
Communes assez centrales	7.6	8.3
Communes centrales	7.9	8.4
Sages-femmes pour 10 000 naissances	45.3	50.6
Communes très excentrées	122.2	127.4
Communes assez excentrées	65.7	79.1
Communes assez centrales	32.3	38.4
Communes centrales	30.1	36.2
Infirmières de santé publique pour 10 000 enfants de 0-4 ans	54.6	64.1
Communes très excentrées	63.4	84.0
Communes assez excentrées	58.7	69.9
Communes assez centrales	56.1	65.5
Communes centrales	51.2	58.4

1. À l'exclusion du personnel travaillant dans les établissements destinés aux personnes âgées et dans les services à domicile.

Source : Statistics Norway, services de santé et de soins des communes, chiffres définitifs, 2003.

Cette pénurie était due principalement au nombre insuffisant de programmes de formation en relation avec les professions de santé, ainsi qu'aux conditions de travail qui étaient jugées peu satisfaisantes soit à cause des salaires relativement bas, soit à cause de l'importance des activités atypiques (travail posté) qui n'étaient pas suffisamment rémunérées. Pour ces raisons, un grand nombre de membres de ces professions – surtout des infirmières – soit ont cessé de travailler, soit ont pris un travail à temps partiel³⁹.

Le problème semble se poser aujourd'hui avec moins d'acuité, grâce à la stratégie suivie par le ministère de la Santé, qui a créé des postes essentiellement là où les problèmes de pénurie sont les plus pressants. Parmi les autres mesures prises pour réduire les pénuries, on peut citer des activités de formation spécifiques, une meilleure rémunération des stagiaires en médecine et des hausses de salaire. En particulier, au cours de la période 2002-2003, les médecins des hôpitaux ont bénéficié d'une hausse de salaire très sensible de 16½ pour cent, supérieure de 6 % environ à l'augmentation moyenne des salaires en Norvège. Les salaires des médecins des hôpitaux sont restés stables dans l'ensemble en 2004. La forte hausse des salaires des médecins hospitaliers ainsi que d'autres catégories de personnel explique en partie l'augmentation des coûts unitaires de main-d'œuvre (coût-efficacité) malgré

l'accroissement de la production par unité de personnel (« efficacité technique ») induite par les réformes (Biorn et autres, 2003, et graphique 4.6). Ces augmentations de salaire ont également été l'une des raisons de la persistance de déficits financiers des entreprises régionales de santé.

Grâce aux relèvements de salaires, les conditions de travail des professions de santé en Norvège ont dans l'ensemble été tellement améliorées que l'on pourrait théoriquement faire face à toute grave pénurie de personnel en recrutant à l'étranger. D'ailleurs, en 2001, les médecins formés à l'étranger représentaient 12½ pour cent du nombre total de médecins et ce pourcentage aurait pu être encore plus important n'était l'obligation d'apprendre une nouvelle langue. Selon les autorités, il y a encore effectivement des pénuries de compétences dans certains domaines, comme la santé mentale et la psychiatrie, en particulier pour les enfants, domaines dans lesquels la maîtrise du norvégien est probablement plus importante. Des problèmes de pénurie se posent aussi pour les dentistes et les infirmières des centres de long séjour et, d'une manière générale, dans les régions les plus excentrées.

Enfin, la grande variabilité des compétences des médecins à travers le pays est jugée inacceptable par les autorités, bien que les jeunes médecins reçoivent une formation initiale très similaire dans tout le pays. La raison pourrait en être que les médecins exerçant dans les zones les plus excentrées n'ont pas la possibilité de bénéficier d'un transfert de connaissances, ce qu'ils ne veulent pas ou ne peuvent pas compenser par un effort personnel de mise à jour de leurs compétences. Le Centre national pour la recherche sur les services de santé, organisme gouvernemental, est désormais chargé de diffuser dans tout le pays les meilleures pratiques (voir plus loin).

À moyen terme (d'ici à 2020), d'après le modèle de prévision du Statistics Norway, les mesures récemment mises en œuvre permettront probablement d'éviter des pénuries de personnel infirmier (titulaire de diplômes de l'enseignement supérieur) et de médecins malgré le vieillissement de la population (Stolen et Texmon, 2002). On prévoit néanmoins des pénuries de dentistes, de personnel infirmier auxiliaire (titulaire de diplômes de l'enseignement secondaire), de visiteurs sanitaires et d'ergothérapeutes.

Le secteur pharmaceutique

Les dépenses de produits pharmaceutiques rapportées au PIB sont moins élevées que dans de nombreux autres pays de l'OCDE, mais au cours des six dernières années les dépenses publiques en produits pharmaceutiques ont augmenté en moyenne de plus de 8 % environ par an. La variété et la disponibilité des produits ne sont pas aussi grandes que dans d'autres pays de l'OCDE et le délai nécessaire pour lancer un nouveau produit est assez long⁴⁰. L'Agence norvégienne des médicaments est compétente pour l'autorisation de mise sur le marché. Si un fabricant demande le remboursement du nouveau médicament, l'Agence statue sur cette demande. Si le remboursement d'un nouveau médicament doit avoir pour conséquence une hausse sensible des coûts, cette question est traitée par le ministère de la Santé et le Parlement via les décisions de hiérarchisation des priorités dans le cadre de la procédure budgétaire annuelle. Il faut donc parfois jusqu'à 2-3 ans pour inscrire un nouveau produit sur la liste des médicaments remboursables. Néanmoins, la décision finale est souvent prise en fonction de l'efficacité du médicament et pas de son coût, des pressions étant exercées aussi bien par les usagers que par les fabricants de médicaments.

Le marché des produits pharmaceutiques a été profondément bouleversé par la loi de 2001 sur les produits pharmaceutiques. Elle a supprimé l'obligation pour les propriétaires

de pharmacies d'être titulaires d'un diplôme d'enseignement supérieur, sans lever nécessairement les restrictions d'implantation dans un premier temps. Cela a incité trois chaînes de vente au détail – en association avec les chaînes de grossistes – à racheter la plupart des petites pharmacies, pensant qu'en raison des restrictions d'implantation des rentes de monopole seraient encore possibles. Cependant, le nombre de pharmacies n'a finalement plus été plafonné, le nombre des officines a augmenté de près d'un tiers entre 2001 et 2005, et désormais les horaires d'ouverture sont plus longs. Néanmoins, le marché est désormais très concentré et dominé par les trois chaînes de vente au détail/de gros, qui bénéficient de relations préférentielles avec les producteurs; d'où des barrières à l'entrée. Une initiative a été prise plus récemment pour élargir l'accès aux médicaments et réduire la concentration du marché en autorisant des stations-service et d'autres magasins de détail à vendre 24 heures sur 24 un certain nombre de médicaments pouvant être délivrés sans ordonnance.

Les prix des médicaments brevetés sont étroitement réglementés. Leur prix maximum est établi en fonction de la moyenne des trois prix les plus faibles d'un panier de produits dans 9 des 15 pays de l'UE. Ce dispositif vise à limiter les coûts. Les souci politique est de maintenir à bas niveau le ticket modérateur. Les patients n'étant pas soumis à une contrainte budgétaire et le mécanisme des prix ne jouant pas, une réglementation des prix est nécessaire. Une solution plus respectueuse du marché consisterait à réduire ou à supprimer la réglementation des prix tout en augmentant le ticket modérateur (sauf pour les catégories défavorisées). Une telle mesure augmenterait probablement le prix des médicaments brevetés, mais ferait baisser celui des médicaments génériques.

Les médicaments de marque qui ne sont plus protégés par un brevet sont en principe en concurrence avec les médicaments sous brevet et les génériques. Néanmoins, les prix des médicaments qui ne sont plus protégés par un brevet et des génériques sont élevés en Norvège par rapport aux autres pays d'Europe du Nord, où ils sont déjà élevés par comparaison internationale. Cela est dû, en premier lieu, au fait que le remboursement des génériques est basé sur le prix (élevé) du produit princeps. En second lieu, la faiblesse de la concurrence dans les segments de distribution de gros et de détail de la chaîne pharmaceutique empêche la vente de génériques sur une plus grande échelle et à un prix plus bas. Enfin, l'État rembourse les médicaments délivrés sur ordonnance presque intégralement, si bien que les consommateurs ne font pas beaucoup d'efforts pour acheter moins cher et peuvent aussi croire qu'une marque est un signe de qualité. De ce fait, en volume, la part des médicaments génériques dans les ventes totales stagne à 28 %.

Pour remédier à cette situation, en mars 2003, le gouvernement a introduit un système « d'indices de prix » qui permet aux pharmacies, lorsqu'elles vendent des médicaments prescrits par les généralistes mais qui ne sont plus protégés par un brevet, de partager avec le gouvernement l'économie réalisée en proposant des génériques à la place des médicaments en question et, du même coup, de faire baisser les prix des médicaments de marque. En réalité, cette mesure n'a dégagé que des économies limitées et a eu des effets négligeables sur les prix. Un nouveau modèle de « prix de base » a été introduit dans la loi de finances 2005 pour accroître la part des génériques. Dans ce modèle, le maximum du remboursement des médicaments qui ne sont plus protégés par un brevet est fixé en pourcentage du prix du produit breveté d'origine calculé selon un barème glissant qui est fonction de la date d'expiration du brevet⁴¹. La différence entre le prix réel et le prix de base doit être payée par le patient s'il refuse la substitution et cette différence ne s'impute pas sur le plafond des paiements directs du patient. Les pharmacies sont tenues de proposer au prix de base au moins un produit dans chaque catégorie pharmaceutique. Dans le même temps, les

pharmaciens qui vendent des produits dont le prix est inférieur au « prix de base » conservent le bénéfice de la différence du prix. Cette formule devrait permettre de réaliser une économie de 450 millions de couronnes (environ 55 millions EUR) pour l'État et de 70 millions NOK (environ 8.5 millions EUR) pour les ménages dès 2005.

Le rôle des organismes gouvernementaux

Le Conseil norvégien de la santé

Le Conseil norvégien de la santé a pour attributions de surveiller et de contrôler si les services de santé sont assurés conformément à la législation en vigueur. Il relève directement du ministère de la Santé, mais jouit dans l'exercice de sa mission de surveillance d'une entière autonomie. Il a pour principale mission de régler les cas individuels de manquement aux règles ou aux normes professionnelles, soit en lançant de son propre chef des investigations, soit en donnant suite aux plaintes de patients. Le nombre de ces dernières semble avoir considérablement augmenté ces dernières années. Une autre tâche importante qui lui est confiée est la surveillance des performances du secteur de la santé, en collaboration avec d'autres institutions comme le ministère de la Santé et Statistics Norway, afin de rassembler les données et les éléments qui étayeront les décisions des responsables. Enfin, le Conseil réalise des audits sur des thèmes choisis en fonction de l'évaluation des risques. Les critères de sélection des thèmes en question sont le nombre de personnes concernées, même si le problème est mineur en soi, ou bien l'importance des dommages subis par les patients, même si le nombre de patients concernés est faible. Une partie des thèmes (10 % environ) est choisie par le ministère de la Santé.

Les activités des conseils locaux de la santé consistent essentiellement en des interventions sur le terrain. Un problème général que ces instances ont décelé dans tous les comtés est la rareté des évaluations, faites aussi bien par les communes que par les groupements sanitaires, de la demande attendue de services, bien que la réglementation leur impose une telle évaluation pour la population de leur circonscription. Par conséquent, l'offre de services de santé peut ne pas correspondre à la demande, ce qui pourrait expliquer en partie les différences observées dans la qualité de la prestation des services d'un comté à l'autre. Les conseils locaux ont pour rôle d'encourager les institutions sanitaires à réaliser des évaluations des risques sur la base desquelles elles devraient planifier leurs activités de manière à améliorer tant la qualité que l'efficacité. Par ailleurs, on demande de plus en plus aux établissements de soins d'améliorer leur capacité d'autoévaluation.

Centre norvégien pour la recherche sur les services de santé

Le Centre norvégien pour la recherche sur les services de santé est une nouvelle institution au sein de laquelle ont été regroupées les activités de plusieurs organismes⁴². Il évalue en termes de coût-efficacité les nouveaux traitements, les nouvelles technologies et les nouveaux produits pharmaceutiques; il contrôle par ailleurs les traitements existants et la satisfaction des patients. L'analyse coût-efficacité du Centre – dans laquelle entrent également en ligne de compte les considérations éthiques – doit en principe être prise en considération par les autorités lorsqu'elles décident du remboursement de traitements ou de médicaments. Mais l'efficacité par rapport au coût n'influe pas de façon systématique sur la décision politique de remboursement. Il est plus probable en effet que cette décision soit subordonnée aux bienfaits apportés par les traitements eux-mêmes, quel que soit leur coût.

Programme des futures réformes dans le secteur de la santé

Garantir en permanence à l'ensemble de la population des soins de santé de grande qualité est un objectif louable auquel les autorités norvégiennes ont consacré des efforts considérables, en particulier depuis la deuxième moitié des années 90. Si les ménages attachent beaucoup de valeur à la qualité et l'égalité d'accès, un accroissement des dépenses totales de santé supérieur à la croissance du PIB est acceptable, voire souhaitable. Toutefois, ce choix devrait être fait sur la base d'informations précises concernant les avantages et les coûts des services de santé ainsi que d'une juste appréciation de leur viabilité à plus ou moins long terme. Le dosage approprié entre le financement sur fonds publics et les paiements directs doit aussi être pris en compte et il peut évoluer avec le temps. Par conséquent, bien que l'augmentation de l'offre de services de santé soit un choix social, il se pourrait fort bien que le niveau total des dépenses de santé – et la part des dépenses publiques dans ces dernières – soient trop élevés.

Les réformes entreprises en Norvège montrent que l'adoption de mesures incitatives visant à accroître la réactivité des services peut être très efficace pour développer et améliorer l'offre dans le secteur des soins de santé. Néanmoins, si ces mesures incitatives ne sont pas adaptées, les coûts qu'elles risquent d'engendrer *ex post* pourraient être systématiquement supérieurs à ce qui avait été jugé socialement souhaitable *ex ante*. Des pressions de plus en plus fortes s'exercent sur le gouvernement pour qu'il consacre davantage de ressources publiques aux soins de santé. Dans la mesure où les coûts médicaux augmentent parce que les gains de productivité dans ce secteur sont inférieurs aux gains moyens, une hausse des dépenses est inévitable dans une certaine mesure à terme, même si, grâce aux réformes, les niveaux de productivité s'améliorent à court terme. Le problème est de savoir quelle part de toute augmentation des coûts résultant de l'accroissement du volume de la consommation de médicaments et de services médicaux devrait être financée automatiquement sur fonds publics. On peut certes faire valoir que, le revenu par habitant augmentant, la part des paiements directs pourrait augmenter elle aussi, d'autant que la Norvège est un pays à revenu élevé où l'incidence de la pauvreté est très faible, et ce en particulier pour les services accessoires, par exemple les services de type hôtelier dans les hôpitaux. Dans certains cas où il n'existe pas de paiements directs, on pourrait en instituer. Parallèlement, pour continuer à garantir un accès équitable aux services de santé, il faudrait prévoir une exonération totale ou partielle de ces paiements pour les patients qui ne peuvent pas payer les traitements dont ils ont besoin, soit parce qu'ils ont un revenu discrétionnaire particulièrement faible, soit parce qu'ils souffrent de problèmes de santé chroniques, ou encore parce que les traitements disponibles sont très coûteux.

On constate que, dans certains cas, les groupements sanitaires n'ont pas eu à subir les conséquences d'un déficit budgétaire, celui-ci ayant été imputé à l'entreprise régionale de santé. D'où des ambiguïtés quant à l'origine des déficits. Confier des responsabilités financières plus importantes aux groupements sanitaires pourrait contribuer à réduire les déficits, étant donné que ces groupements sont moins exposés aux pressions politiques que les entreprises régionales de santé. Par exemple, l'entreprise régionale de santé de la région est a imposé en aval des responsabilités budgétaires à ses groupements sanitaires, ce qui explique peut-être pourquoi les groupements sanitaires de cette région n'ont enregistré qu'un accroissement limité de leur activité par comparaison avec les groupements sanitaires d'autres régions⁴³. Il conviendrait également de laisser aux groupements sanitaires plus de latitude dans la restructuration de leurs hôpitaux, pour qu'ils s'attaquent au problème de la surcapacité.

Le mécanisme de financement devrait être modifié de façon à imposer plus de rigueur financière aux hôpitaux. Une possibilité serait de ne rembourser que partiellement, et par la suite jusqu'à un certain plafond, les dépenses au-delà des limites précédemment fixées par le Parlement, comme l'a proposé la Commission Hagen (voir encadré 4.2). C'est donc une bonne chose que, lors de la discussion du budget 2005, le gouvernement ait été invité à mettre en place d'ici au printemps 2005 des mécanismes de maîtrise des coûts, tout en prenant en considération les recommandations de la commission Hagen. Les taux des GHM pourraient être revus à la baisse si les volumes augmentent plus rapidement que prévu alors que les budgets sont respectés, comme en Autriche et en Allemagne (OCDE, 2003a). Dans ce contexte, il est très regrettable que les taux des GHM aient été portés de 40 % à 60 % pour trouver un accord sur d'autres aspects du budget national. Il faudrait les baisser dès que possible. Qui plus est, les entreprises régionales de santé ou les groupements sanitaires locaux devraient être tenus de dégager des recettes supplémentaires s'ils enregistrent des déficits, par exemple en instituant des paiements directs à la charge des patients en sus de ceux déjà exigés au niveau central. Dans les cas particulièrement flagrants, la gestion des groupements sanitaires régionaux en difficulté devrait être assurée pendant une période limitée par le ministère de la Santé.

Encadré 4.2. La commission Hagen

Une commission *ad hoc* (dite commission Hagen)* a été chargée en février 2003 d'établir un rapport sur les problèmes de financement rencontrés dans les soins de santé spécialisés. La commission a présenté son rapport en décembre 2003.

L'une des principales conclusions de la commission est que puisque le système de remboursement des soins spécialisés n'avait pas été modifié après la réforme hospitalière, il ne fallait pas s'attendre à ce que le nouveau régime de propriété change les incitations à maîtriser les déficits. La majorité des membres de la commission a donc suggéré de modifier le modèle de financement de la façon suivante : a) le Parlement décide de l'enveloppe budgétaire totale allouée aux soins de santé spécialisés; b) cette enveloppe est ensuite répartie entre les entreprises régionales de santé selon une formule de capitation prenant en compte les besoins; c) les entreprises régionales de santé et l'administration centrale conviennent du niveau d'activité que chaque entreprise doit atteindre compte tenu des ressources allouées et aussi des estimations de coûts fournies par un groupe d'experts indépendant; d) si, malgré ce qui a été négocié, le niveau d'activité est supérieur à ce qui avait été convenu *ex ante*, l'administration centrale financera alors à hauteur de 50 à 60 % tout surcroît d'activité de 2 %, le reste étant entièrement financé par les entreprises régionales de santé. En outre, les entreprises régionales de santé se verraient accorder plus de liberté dans leur gestion et, en particulier, dans le choix de la méthode de financement des prestataires de soins de santé.

Le gouvernement et le Parlement n'ont pas approuvé cette proposition de crainte qu'elle ne complique trop la définition des niveaux d'activité à l'échelon régional et que les entreprises régionales de santé n'utilisent de façon excessive les dotations globales pour financer les soins hospitaliers.

* Du nom de son président, le Professeur Terge P. Hagen.

Source : Hagen et Kaarboe (2004).

Le système des GHM est basé sur les ressources et les coûts d'un certain nombre d'hôpitaux norvégiens qui servent de référence et il est donc utile pour renforcer la concurrence par comparaison, et pour encourager ainsi une gestion efficiente des hôpitaux

avec des coûts inférieurs aux coûts de référence. Cependant, si les coûts baissent dans tous les hôpitaux, les révisions successives du système entraîneront une baisse continue des coûts, qui serait préjudiciable à tous les hôpitaux. Il pourrait donc y avoir collusion entre les hôpitaux pour empêcher cette baisse des coûts⁴⁴. Cela est d'autant plus probable maintenant que le secteur hospitalier est plus concentré. Il faudrait donc choisir les critères de comparaison en tenant compte aussi de l'expérience au niveau international.

Dans les soins primaires, le système de financement a de nombreux avantages, mais il a provoqué des augmentations imprévues des coûts. Le système de la liste de patients n'a pas renforcé là où il le fallait le rôle de filtre joué par les généralistes. Pour remédier à cette situation, on pourrait définir un « profil de pratique » pour les généralistes, fondé sur des pratiques exemplaires définies dans l'optique de la médecine « factuelle ». Si le médecin a une pratique très différente du profil, il devrait avoir à le justifier. De plus, les autorités pourraient envisager de rendre les généralistes financièrement responsables du recours par leurs patients aux services de spécialistes privés et aux soins hospitaliers et de leur consommation de médicaments délivrés sur ordonnance, à l'instar de ce qu'expérimente le Royaume-Uni (OCDE, 2003a). Cela pourrait également contribuer à améliorer la coordination entre les soins primaires et secondaires. Dans les zones les plus peuplées, les communes pourraient aussi se regrouper pour assurer conjointement des services de soins primaires. Cela permettrait de libérer des ressources pouvant être utilisées dans des zones les moins peuplées où il est plus difficile d'éviter que les niveaux de dépenses et le nombre de généralistes par habitant soient plus élevés.

Il est trop tôt pour savoir si l'introduction de la formule du prix de base pour les produits pharmaceutiques – qui est une initiative louable en soi – sera efficace pour faire baisser les prix des produits qui ne sont plus protégés par un brevet. Elle incite effectivement les consommateurs à exiger des produits moins chers, au lieu d'attendre que les pharmaciens les proposent, ce qui dans le passé ne s'est pas traduit par des économies. Cependant, comme le plafond des paiements directs exigés des patients est faible, cette incitation à demander des produits moins chers disparaît rapidement. De plus, aucune mesure n'a été prise pour inciter les généralistes à prescrire des produits moins chers. Il conviendrait d'envisager de relever le plafond.

Réduire les rentes économiques dans le secteur de la distribution pharmaceutique de gros et de détail pourrait aussi dégager des économies. Néanmoins, une intensification de la concurrence du fait de l'arrivée de nouveaux acteurs sur le marché peut n'avoir que des effets limités : la concurrence sur les prix est limitée car les remboursements de l'État sont généreux. La concurrence pourrait donc porter uniquement sur la qualité, l'implantation et les heures d'ouverture; de plus les coûts d'entrée des nouvelles entreprises sont élevés, car elles doivent aussi trouver leur place sur le segment de la distribution de gros. Il est difficile en pratique d'avoir des relations directes avec les producteurs, comme l'a montré la résistance qu'a rencontrée l'expérience de vente de médicaments par des magasins qui n'en vendent pas habituellement.

Accroître la part des paiements directs pourrait donc être un moyen à la fois de réaliser des économies plus importantes et de stimuler la concurrence dans le secteur pharmaceutique. Pour ce faire, on pourrait relever le plafond des paiements directs. Les autorités pourraient également prendre des mesures plus draconiennes pour s'attaquer aux causes du problème, à savoir l'intégration verticale et la forte concentration des segments de la distribution de gros et de détail du marché pharmaceutique et l'absence d'incitation pour les médecins à prescrire des génériques à la place des médicaments de marque.

Bien qu'en principe la mise sur le marché de nouveaux médicaments et traitements ne soit autorisée que si l'analyse coûts-avantages indique qu'elle est intéressante, dans la pratique certains nouveaux médicaments coûteux ont été inscrits sur la liste des traitements remboursables à la demande du Parlement, ou à l'initiative de membres du Parlement, à la suite de pressions d'électeurs. Après ce genre d'approbation « accélérée », il faudrait réaliser l'analyse habituelle, qui prend du temps mais est objective, afin de déterminer si le maintien sur cette liste se justifie.

Encadré 4.3. Résumé des recommandations

Assurer la viabilité des services de santé

Augmenter les paiements directs sous critère de ressources pour les services auxiliaires : Parallèlement, continuer à assurer un accès équitable aux services de santé, introduire une exonération totale ou partielle des paiements pour les patients qui ne peuvent pas payer les traitements dont ils ont besoin, parce qu'ils ont un revenu discrétionnaire particulièrement bas ou souffrent de problèmes de santé chroniques, ou parce que les traitements disponibles sont très coûteux.

Accorder aux groupements sanitaires plus de responsabilité financière et d'indépendance : Parce que ces groupements sont moins exposés aux pressions politiques que les entreprises régionales de santé, cela pourrait contribuer à la réduction des déficits. Il conviendrait aussi de laisser plus de latitude aux groupements sanitaires dans la restructuration de leurs hôpitaux pour s'attaquer au problème de la surcapacité.

Imposer aux hôpitaux des mesures de maîtrise des coûts plus rigoureuses, conformément aux propositions de la commission Hagen : Les remboursements ne devraient être que partiels et les taux des GHM devraient être revus à la baisse si l'offre de services correspondants augmente plus vite que prévu alors que le total des coûts ne dépasse pas l'enveloppe budgétaire.

Évaluer le système des GHM par comparaison avec des précédents internationaux pour éviter une baisse continue des prix, qui serait préjudiciable à tous les hôpitaux et pourrait créer une collusion entre eux.

Soins primaires et secondaires

Établir un « profil de pratique » fondé sur des pratiques exemplaires préconisées et accroître la responsabilité des généralistes : Ce serait un moyen de prévenir les divergences dans la pratique des généralistes, qui assumeraient une responsabilité financière pour le recours par leurs patients aux services de spécialistes privés et aux soins hospitaliers et pour leur consommation de médicaments délivrés sur ordonnance; cela pourrait aussi contribuer à améliorer la coordination entre soins primaires et soins secondaires.

Envisager de relever le plafond des paiements directs totaux par les patients et inciter à prescrire des génériques : Le faible plafond du total des paiements directs à la charge des patients signifie que l'incitation à demander des produits d'un prix inférieur disparaît rapidement. Aucune mesure n'a été prise pour encourager les généralistes à prescrire des produits d'un prix inférieur.

Prescriptions de médicaments

Être très attentif à l'évolution du marché pharmaceutique de gros et de détail et intervenir énergiquement en cas de pratiques anticoncurrentielles ostensibles ou tacites.

Réaliser une analyse coûts-avantages pour les nouveaux médicaments coûteux, remboursés après une procédure d'approbation « accélérée » : il serait possible ainsi de faire une analyse plus objective pour déterminer si leur maintien sur la liste se justifie.

Notes

1. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales est chargé de coordonner la procédure de détermination des traitements pris en charge. Un très petit nombre de traitements sont exclus du régime d'assurance publique, notamment la chirurgie esthétique, l'acupuncture, l'homéopathie et la stérilisation pour des motifs autres que médicaux. Toutefois, dans les deux derniers cas, une loi récente a établi un registre de médecins praticiens. La majorité des habitants doivent supporter le coût de leurs soins dentaires.
2. Un sondage Eurobaromètre de la Commission européenne datant de 1999 montre que 53 % des habitants des 15 pays de l'UE étaient satisfaits de leur système de santé (OCDE, 2003a), soit un pourcentage plus faible qu'en Norvège. Il faut cependant être prudent dans la comparaison des résultats de ces sondages car les méthodes d'enquête de Statistics Norway et celles de la Commission européenne peuvent ne pas être comparables. De plus, l'année où ont été effectués les deux sondages est différente. Enfin, il se peut que les attentes différentes de la population aient influencé les résultats.
3. La part des dépenses de santé dans le PIB de la Norvège continentale en 2002 était de 12 %, soit le deuxième chiffre le plus élevé de l'OCDE. Il convient de noter que les dépenses de santé ont sensiblement augmenté en 2001, lorsque les soins supplémentaires fournis dans le cadre de la prise en charge de longue durée par les collectivités locales ont été inclus pour la première fois dans les dépenses de santé.
4. Les dépenses totales de santé couvrent les soins curatifs, préventifs, de longue durée et palliatifs ainsi que les programmes de santé publique.
5. Outre la Norvège, on dispose de projections des dépenses de santé pour l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Italie, le Japon, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la République tchèque, le Royaume-Uni et la Suède. Pour la Norvège, les dépenses futures de santé par habitant ont été indexées sur la productivité du travail dans le PIB de la Norvège continentale et sur le taux d'inflation plutôt que sur le PIB total par habitant comme dans les autres pays de l'OCDE. Étant donné que les projections par pays ne s'appuyaient pas sur des hypothèses identiques, les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence.
6. On a renoncé à un plan visant à déterminer s'il serait possible de mettre en place un système de paiements directs en fonction de la priorité des traitements, car une enquête sur les pratiques des médecins a révélé que le classement des priorités concernant les maladies et les traitements ne fait pas l'unanimité.
7. Pour une description et une analyse du secteur norvégien de la santé pendant la deuxième moitié des années 90, voir OCDE (1998) et Observatoire européen des systèmes de soins de santé (2000).
8. Les autorités norvégiennes mettent également de plus en plus l'accent sur les soins préventifs des maladies non transmissibles, par exemple la prévention du tabagisme, les campagnes de sensibilisation en matière de nutrition et l'encouragement des pratiques sportives. Les autorités reconnaissent qu'il est difficile dans la pratique de déterminer les coûts et les avantages attendus de ces mesures. Il est néanmoins prévu d'utiliser les évaluations de l'impact sanitaire, qui comportent aussi une évaluation économique, pour apprécier l'utilité des mesures de prévention.
9. En Norvège, les soins spécialisés sont censés remplir plusieurs fonctions. Les principales sont d'offrir des traitements spécialisés aux patients, de s'assurer que les droits de ces derniers sont respectés comme le prévoit la législation, de les impliquer dans leur propre traitement et de coopérer avec les soins de santé primaires. Ils ont comme autres fonctions d'encourager l'acquisition de bonnes pratiques sanitaires par les patients et leurs proches, de former les professionnels de la santé et d'aider à la recherche, à l'évaluation des traitements et à l'innovation.
10. Les hôpitaux publics comme les hôpitaux privés doivent obtenir une autorisation de fonctionnement du ministère de la Santé.
11. Dénommé ci-après « ministère de la Santé ».
12. Dans les documents norvégiens, les groupements sanitaires sont souvent appelés entreprises locales de santé.
13. Par exemple, *Helse Vest* (l'entreprise régionale de santé de la région ouest) a sous sa responsabilité quatre groupements sanitaires composés principalement d'hôpitaux et un groupement sanitaire composé de pharmacies d'hôpital. Elle est propriétaire de 95 % de la capacité hospitalière, le reste étant détenu par le secteur privé (aussi bien lucratif que non lucratif).
14. Les membres du corps médical occupent souvent des postes de haute direction dans les groupements sanitaires, mais ce n'est pas systématiquement le cas dans toutes les régions.

sanitaires. La proportion de médecins occupant des postes élevés dans les groupements sanitaires va de 15 % environ dans la région ouest à 50 % dans la région est.

15. Dans ses estimations, Kjerstad (2003) tient compte du fait que lorsque la réforme a été introduite, certains comtés finançaient les hôpitaux en partie à l'activité, alors que d'autres continuaient à les financer uniquement par des dotations globales. Cependant, tous les comtés recevaient de l'État un financement calculé sur la base de l'activité.
16. Avant les années 80, le financement des hôpitaux était déterminé en fonction du nombre de lits, ce qui explique la forte augmentation des ressources au cours des années 1970 dans le graphique 4.5.
17. Par efficacité technique on entend la production obtenue par unité de facteur de production, alors que le rapport efficacité-coût se définit comme la production obtenue par unité monétaire. En ce qui concerne le rapport efficacité-coût, voir la section ci-après relative aux ressources humaines.
18. Les calculs effectués pour le graphique 4.6 se fondent sur les points GHM déclarés, qui sont censés traduire l'activité effective. Le phénomène de « dérive GHM » – c'est-à-dire les changements dans la façon de rendre compte du traitement (par exemple en enregistrant les actes plus en détail) – n'intervient pas dans ce graphique; d'où une certaine surestimation de l'efficacité au cours de la période considérée.
19. Les délais d'attente ont particulièrement diminué pour les patients pour lesquels le délai garanti n'avait pas été respecté, c'est-à-dire ceux dont le délai d'attente est supérieur au délai maximum initialement garanti par l'hôpital.
20. Les crédits supplémentaires alloués pour le surcroît d'activité se sont élevés en 2002 à 730 millions NOK, en 2003 à 2.2 milliards NOK et, en 2004, à 0.5 milliard NOK. En 2002, une rallonge de 1.0 milliard NOK a été accordée pour financer les dépenses salariales plus élevées et des déficits naissants et, en 2004, 500 millions NOK ont été accordés pour financer des déficits naissants.
21. Par exemple, l'hôpital de Bergen – le plus important de la région sanitaire ouest – a réduit ses ressources humaines et a décentralisé les responsabilités budgétaires. Il en a résulté une modération des salaires ainsi qu'une réduction des investissements dans les nouvelles technologies. Cette réduction pourrait être profitable à l'hôpital car il n'utilise pas à pleine capacité ses équipements. En revanche, il ne semble pas avoir de problème de surcapacité proprement dite.
22. Les entreprises de santé peuvent emprunter à l'État pour financer leurs investissements. En 2004, 40 % des investissements ont été financés grâce à des prêts de l'État. Quelques grands hôpitaux ont bénéficié de subventions spéciales de l'État.
23. La progression en termes réels est calculée par l'OCDE sur la base de l'hypothèse que l'augmentation du déflateur des investissements des hôpitaux en 2004 comparée à la moyenne des années 1990 est la même que pour le déflateur de l'investissement public total.
24. La loi sur les soins de santé spécialisés définit les principaux critères servant à établir les priorités pour les traitements spécialisés : a) le patient verra ses jours abrégés ou sa qualité de vie réduite s'il ne bénéficie pas d'un traitement; b) le traitement est censé être bénéfique aux patients; c) les coûts du traitement sont raisonnables compte tenu des bienfaits attendus.
25. Un système basé sur les GHM peut avoir d'autres effets défavorables. Les remboursements en fonction des points GHM sont déterminés par référence aux coûts d'un échantillon d'hôpitaux. Si les hôpitaux parviennent à réduire leurs coûts unitaires, leurs recettes nettes sont plus élevées, étant donné que le montant des remboursements ne varie pas. Ce facteur pourrait aussi cependant dissuader les hôpitaux efficaces de coopérer avec ceux qui ne le sont pas. Il pourrait en outre favoriser un certain opportunisme dans les décisions d'investissement en matériel, car ces achats affectent le remboursement des points GHM dans l'ensemble du système, mais les coûts augmentent uniquement pour les hôpitaux qui les ont effectivement réalisés.
26. La plupart des soins de santé spécialisés étant remboursés par l'État, la concurrence entre les hôpitaux devrait reposer sur des critères de qualité et d'accessibilité des services plutôt que de prix.
27. Après la réforme hospitalière, le ministère de la Santé a accordé une autorisation de fonctionnement à huit nouveaux hôpitaux privés. Ces derniers ont passé un contrat avec une ou plusieurs autorités régionales de santé. Toutefois, ils ont une faible capacité, le nombre moyen de lits par hôpital n'étant que de cinq.
28. Dans les services de laboratoire, il y a même eu un certain recul après la réforme hospitalière. Ainsi, les services de laboratoire privés étaient auparavant remboursés sur la base du financement à l'activité, mais à partir de septembre 2005, la moitié des transferts bénéficieront aux autorités

- régionales de santé qui pourront les utiliser à leur discrétion, ce qui signifie qu'elles peuvent choisir les prestataires de services sans passer de marchés.
29. L'autorité de la concurrence a commencé à examiner si les hôpitaux ne devraient pas aussi se conformer aux dispositions de la loi sur la concurrence. Même si cela n'est pas possible compte tenu de la législation en vigueur, l'autorité de la concurrence continuera néanmoins à jouer son rôle de sensibilisation dans ce secteur.
 30. Un autre élément qui empêche toute égalisation des conditions de concurrence est que le secteur public n'est pas assujéti à la TVA sur les services externalisés contrairement au secteur privé. Toutefois, cette différence de traitement disparaîtra probablement à partir de 2006. Par exemple, les hôpitaux devront acquitter la TVA sur les services de nettoyage sous-traités.
 31. D'une façon générale, le ministère de la Santé considère toutefois que le niveau de coopération entre les autorités régionales de santé est plus satisfaisant que celui observé entre les comtés avant la réforme.
 32. D'après le ministère de la Santé, certaines communes ont également dû accorder aux généralistes des salaires fixes supérieurs au barème normal afin de les retenir.
 33. Voir Lian (2003).
 34. Selon Grytten et Sorensen (2004), le nombre de renvois à un spécialiste n'a eu que très faiblement tendance à augmenter. Il ressort d'une enquête réalisée auprès des généralistes en 1998 et 2002 que le nombre des renvois a augmenté de 11 par an pour les généralistes qui percevaient antérieurement un salaire fixe et de 15 par an pour ceux qui étaient en libéral avant la réforme. Une étude de Statistics Norway (2003) fait apparaître une légère baisse du taux de renvoi pour les patients inscrits depuis assez longtemps sur la liste d'un généraliste, ce qui montre qu'une relation continue patient-médecin a modifié les pratiques.
 35. Voir NOU 2005.
 36. Il se pourrait également que les médecins généralistes qui ne sont pas confrontés à un déficit de patients rationnent en fait les services car ils ont atteint le nombre souhaitable de clients. Dans ce cas, le volume de services fourni par les généralistes qui ont un déficit de patients pourrait en fait correspondre au volume souhaitable du point de vue du patient. Dans ces conditions, la question qui se pose est de savoir si le secteur public devrait assumer le coût de ces services supplémentaires ou si ce coût devrait être financé par le biais de sources privées.
 37. Voir Iversen, 2004a et 2004b, et Grytten et Sorensen (2004).
 38. Le montant de ces frais est peu élevé; ainsi, les patients peuvent n'avoir à payer que 4 heures par mois pour tout le temps que les infirmières leur consacrent pour les soins à domicile. Le temps qui leur est effectivement consacré est généralement plus important. L'aide médicale à domicile est gratuite, une participation financière étant exigée pour l'aide ménagère. Cette participation varie selon la commune et est souvent fonction des ressources.
 39. Askildsen, Baltagi et Holmas (2003) montrent que les conditions de travail et le travail posté sont des facteurs déterminants importants de l'offre de main-d'œuvre dans le secteur infirmier. Ils montrent également que les effets de substitution semblent légèrement primer sur les effets de revenu, de sorte qu'une augmentation des salaires a un impact positif mais faible sur l'offre de main-d'œuvre. Selon Holmas (2002), de meilleures conditions de travail – en particulier moins de travail posté – et des salaires plus élevés ont un impact négatif sur les décisions des infirmières de quitter la profession. Baltagi, Bratberg et Holmas (2003) constatent que les médecins des hôpitaux sont très sensibles aux modifications des salaires.
 40. Voir le tableau 8 dans Farindustria (2004).
 41. Pour les médicaments dont les ventes sont supérieures à 100 millions NOK (environ 12 millions d'euros), le prix de remboursement maximum (le «prix de base») équivaut à 70 % du prix du produit princeps pendant les six premiers mois suivant l'expiration du brevet, 50 % au bout du sixième mois et avant un an et 30 % ensuite. Pour les médicaments dont les ventes sont inférieures à 100 millions NOK, le prix de remboursement maximum équivaut à 70 % du prix du produit princeps au cours des six premiers mois suivant l'expiration du brevet, 60 % après le sixième mois et avant un an et 50 % par la suite.
 42. Le Centre des méthodologies médicales, la Fondation pour la recherche sur les services de santé et la Division de la recherche des services de santé de la direction de la santé et des services sociaux relevant du ministère de la Santé.

43. Une autre explication possible est que le directeur général de l'entreprise de santé de la région avait déjà une bonne connaissance du secteur hospitalier au niveau du comté avant la mise en œuvre de la réforme. Les directeurs généraux des autres entreprises régionales de santé avaient acquis leur expérience dans différents secteurs. Si c'est là la principale explication, les déficits actuels pourraient n'être qu'un phénomène transitoire qui pourrait disparaître lorsque les nouveaux directeurs généraux se seront familiarisés avec le secteur des soins de santé.
44. La coopération et la coordination entre les entreprises régionales de santé et les groupements sanitaires pourraient aussi contribuer à réduire les coûts, par exemple grâce à la centralisation de l'achat et de l'utilisation des équipements, qui permettrait d'utiliser ceux-ci de façon plus continue.

Bibliographie

- Askildsen, J. E., B.H. Baltagi et T.H. Holmas (2003), « Wage Policy in the Health Care Sector: A Panel Data Analysis of Nurses' Labour Supply », *Health Economics*, 12, 705-719.
- Baltagi, B.H., E. Bratberg et Holmas (2003), « A Panel Data Study of Physicians' Labor Supply: The Case of Norway », *CESifo Working Paper*, n° 895.
- Biorn, E., T.P. Hagen, T. Iversen et J. Magnussen (2003), « The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992-2000 », *Health care Management Science*, 6, 271-283.
- Board of Health (2002), *Quality in Health Care*, Report Series, 8/2002, Conseil norvégien de la santé, Oslo.
- Board of Health (2004), « Norwegian Health and Social Services », www.helsetilsynet.no.
- Board of Health (2004), « Summary of in The Wrong Place at the Right Time? Capacity in Departments of Internal Medicine. A Survey in 2002 and the Trend from 1999-2002 », www.helsetilsynet.no.
- Board of Health (2004), « Summary of Still Not Enough Places: Capacity in Acute Departments of Psychiatry. A Survey in 2003 and the Trend from 2002-2003 », www.helsetilsynet.no.
- Board of Health (2004), « Summary of Dental Services in Norway. Supply of Public Dental Services to the Priority Groups, and the Dental Manpower Situation », www.helsetilsynet.no.
- Board of Health (2004), « Summary of Supervision of Specialist Health Services for Adults with Psychological Problems in 2003 », www.helsetilsynet.no.
- Board of Health (2004), « Summary of Supervision of Patients' Rights in Somatic Outpatient Clinics in 2003 », www.helsetilsynet.no.
- Brathaug, A. L. et E. Norgaard (2003), « The Cost of Inpatient Curative Care by Gender, Age and Diagnosis », *Economic Survey*, 1/2003, Statistics Norway, Oslo.
- Brekke, K. (2002), « Fra Forvaltning til Monopol i den Norske Sykehussektoren », *Økonomisk Forum*, 4, 13-19.
- Carlsen, B. et O.F. Norheim (2003), « Introduction of the Patient-List System in General Practice. Changes in Norwegian Physicians' Perception of Their Gatekeeper Role », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21, 209-213.
- Christensen, D.A. (2004), *Deliverable D1: WP 1 – Country Report Norway*, Active Ageing in Europe: Methods, Policies, and Institutions, The Activage Project.
- Christensen, T., P. Laegreid et I.M. Stigen (2004), « Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform », Document présenté à la conférence de l'EGPA *Four Months After: Administering the New Europe – Study Group on Productivity and Quality in the Public Sector, Performance Measurement and Management in the Public Sector*, Ljubljana, 1^{er}-4 septembre 2004.
- Competition Authority (2004), *Annual Report 2003. Competition Means Better and Cheaper Products*, Norwegian Competition Authority, Oslo.
- Docteur, E. et H. Oxley (2003), « Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience », *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 374, Paris.
- van Doorslader, E. et C. Masseria (2004), « Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries », *OECD Health Working Paper*, n° 14, Paris.
- ECON Centre for Economic Analysis (2000), *Evaluation of the Reference Pricing System for Medicines. Prepared for the Ministry of Health and Social Affairs*[rdquo], Report 44/2000, disponible à l'adresse : www.lmi.no.

- Farmindustria (2004), *Indicatori Farmaceutici*, Farmindustria, Rome.
- Grytten, J. et R. Sorensen (2004), « Primary Physician Services – List Size and Primary Physicians' service Production », document interne.
- Hagen, T.P. (2004), « The Norwegian Hospital reform of 2002 », Department of Health Management and Health Economics, Université d'Oslo, document interne.
- Hagen, T.P. et O. Kaarboe (2003), « Main Elements in NOU 2003:1 (The Hagen Commission Report). A PM to OECD's Norway/Italia Desk », document interne.
- Holmas, T.H. (2002), « Keeping Nurses at Work: A Duration Analysis », *Health Economics*, 11, 493-503.
- Hurst, J. et L. Siciliani (2003), « Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries », *OECD Health Working Paper*, n° 6, Paris.
- Iversen, T. (2004a), « The Effects of a Patient Shortage on General Practitioners' Future Income and List of Patients », *Journal of Health Economics*, 23, 673-694.
- Iversen, T. (2004b), « A Study of Income-Motivated Behavior among General Practitioners in the Norwegian list patient system », University of Oslo. Health Economics Research Programme, Working paper, 2005:8.
- Iversen, T. et G.R. Kopperud (2003), « The Impact of Accessibility on the Use of Specialist Health Care in Norway », *Health Care Management Science*, 6, 249-261.
- Iversen, T. et G.R. Kopperud (2004), « Regulation versus Practice. The Impact of Accessibility on the Use of Specialist Health care in Norway », HERO, document interne.
- Kjerstad, E. (2003), « Prospective Funding of General Hospitals in Norway – Incentives for Higher Production? », *International Journal of Health care Finance and Economics*, 3, 231-251.
- Lindbak, R. et B. I. Larsen (2003), « Tobacco Control in Norway », *Eurohealth*, Volume 9, Number 2, Summer 2003, LSE Health and Social Care, Londres.
- Ministère de la Santé (2004), Experiences on the Regular General Practitioner Scheme after Two and a Half Years – From the Implementation on June 1st 2001 to December 31st 2003. Résumé, ministère de la Santé, document interne.
- Ministère de la Santé (n.d.), « The Royal Norwegian Ministry of Health », http://odin.dep.no/hd/engelsk/ministry/about_ministry/bu.html, consulté le 3 août 2004.
- Ministère de la Santé et des Affaires sociales (n.d.), « The Norwegian Hospital Reform – Central Government Assumes Responsibility for Hospitals », <http://odin.dep.no/ordinarkiv/norsk/dep/shd/2001/eng/030071-990126/dok-nu.html>, consulté le 4 août 2004.
- Ministère de la Santé et des Affaires sociales (n.d.), « The Regular GP Scheme Has Now Been Introduced », <http://odin.dep.no/hd/engelsk/publ/veiledninger/030061-120010/dok-bu.html>, consulté le 3 août 2004.
- Ministère des Affaires sociales (2002), *Prescriptions for a Healthier Norway. A Broad Policy for Public Health*, Report n° 16 (2002-2003) to the Storting, version abrégée, ministère des affaires sociales, Oslo.
- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2000), *Health Care Systems in Transition. Norway*, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague.
- OCDE (1998), *Études économiques de l'OCDE : Norvège*, Paris.
- OCDE (1999), *Études économiques de l'OCDE : Norvège*, Paris.
- OCDE (2001), *Études économiques de l'OCDE : Norvège*, Paris.
- OCDE (2002), *La formation tout au long de la vie en Norvège. Examens des politiques nationales d'éducation*, Paris.
- OCDE (2002), *Études économiques de l'OCDE : Norvège*, Paris.
- OCDE (2003a), « Assessing the Performance of Health-Care Systems: A Framework for OCDE Surveys », ECO/CPE/WP1(2003)10.
- OCDE (2003b), « Spending on Health and Long-Term Care: Projections to 2050 Revisited », ECO/CPE/WP1(2003)5.
- OCDE (2003), *Norvège : Préparer l'avenir dès maintenant*, Examens de l'OCDE de la réforme de la réglementation, OCDE, Paris.
- OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants. Le projet de l'OCDE sur la santé*, OCDE, Paris.

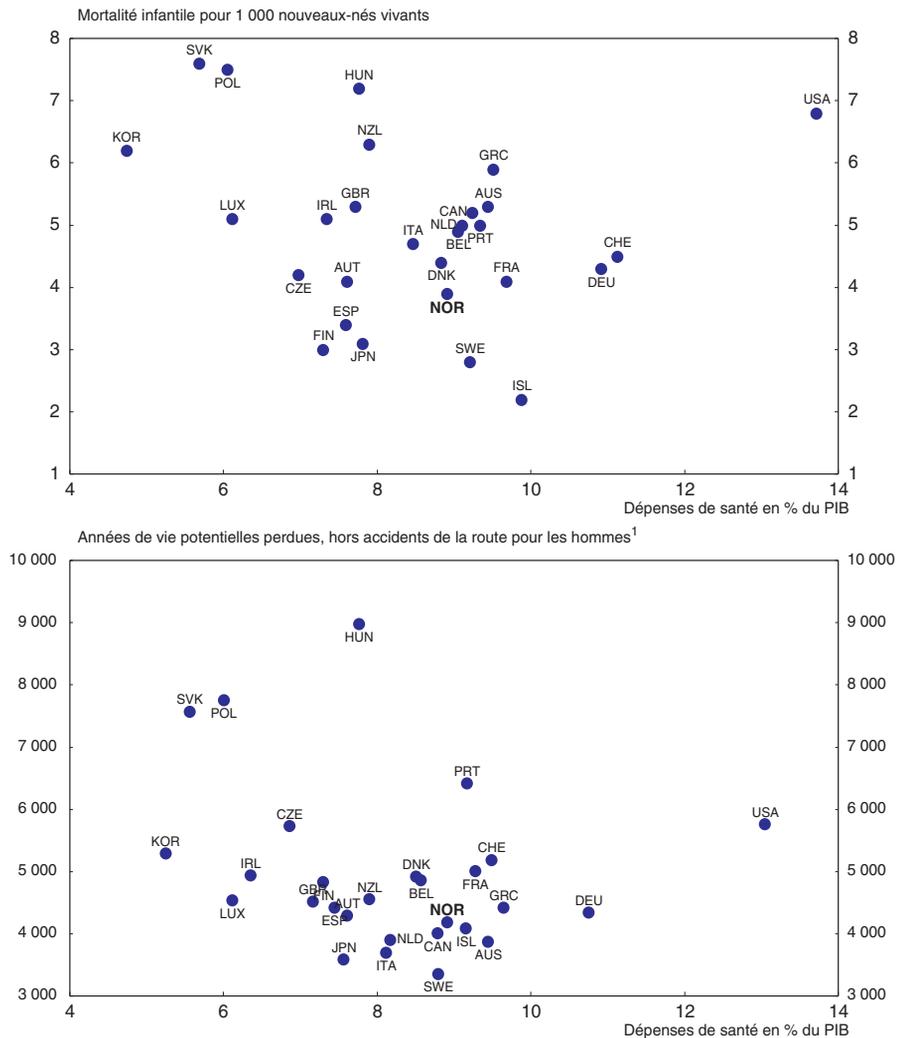
- OCDE (2004), *Études économiques de l'OCDE : Norvège*, Paris.
- OCDE (2004), *Vieillesse et politiques de l'emploi*, Norvège, OCDE, Paris.
- Razzolini, T. (2004), « The Norwegian Market for Pharmaceuticals and the Non-Mandatory Substitution Reform of 2001: The Case of Enalapril », *Department of Economics Memorandum*, n° 12/2004, juin 2004, Université d'Oslo, Oslo.
- Saether, E.M. « Nurses' Labour Supply with Endogenous Choice of Care Level and Shift Type. A Discrete Choice Model with Nonlinear Income », *HERO Working Paper*, 2004:9, Université d'Oslo, Oslo.
- Siciliani, L. et J. Hurst (2003), « Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries », *OECD Health Working Paper*, n° 7, 7 octobre 2003, OCDE, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, Paris.
- Slattebrekk, O. V. et H. P. Aarseth (2003), « Aspects of Norwegian Hospital Reforms », *Eurohealth*, Volume 9, n° 2, été 2003, LSE Health and Social Care, Londres.
- Statistics Norway (2002), *Health Statistics 1992-2000*, Statistics Norway, Oslo.
- Statistics Norway (2004a), « World Health Survey. A Survey on Health and Health System Responsiveness in Norway », www.ssb.no/english/subjects/03/00/whs_en/main.html.
- Statistics Norway (2004b), « Younger Recipients of Nurse and Care Services. Municipal Health and Care Services, 2003, Preliminary Figures », www.ssb.no/english/subjects/03/02/helsetjko_en/main.html.
- Statistics Norway (2004c), « Increase in Paying Clients. Dental Services. Final Figures, 2003 », www.ssb.no/english/subjects/03/02/tannhelse_en/main.html.
- Statistics Norway (2004d), « Increases in Expenses and Activity. Specialist Health Service. Preliminary Figures, 2003 », www.ssb.no/english/subjects/03/02/speshelse_en/main.html.
- Statistics Norway (2004e), « Monthly Earnings Increased NOK 1 450. Wage Statistics. Employees in Central Government Maintained Hospitals, 2003. Preliminary Figures », www.ssb.no/english/subjects/06/05/lonnstat_en/art-2004-06-22-01-en.html.
- Statistics Norway (2004f), « Increased Employment among People with Health Care Éducation. Health care Personnel, 1^{er} octobre 2003 », www.ssb.no/english/subjects/06/01/hesospers_en/main.html.
- Statistics Norway (2004g), « Increase in day Cases at Hospitals. Patient Statistics. Final Figures, 2003 », www.ssb.no/english/subjects/03/02/pasient_en/main.html.
- Statistics Norway (2004h), « Fewer Norwegians Smoke. Smoking Prevalence in Norway, 2003 », www.ssb.no/english/subjects/03/01/royk_en/main.html.
- Statistics Norway (2004i), « Municipal Differences in Expenditure to Primary Physicians. Primary Physician Service, Municipal Expenses, 2002 », www.ssb.no/english/subjects/03/02/plku_en/main.html.
- Stolen, N.M. et I. Texmon (2002), « Projections of the Norwegian Labour Market for Employees in the Health and Social Sector towards 2020 », Statistics Norway, document interne.

ANNEXE 4.A1

Statistiques de santé : comparaison internationale

Graphique 4.A1.1. **Dépenses et état de santé dans les pays de l'OCDE**

En 2002 ou dernière année connue



Note : Pas de données disponibles pour le Mexique et la Turquie.

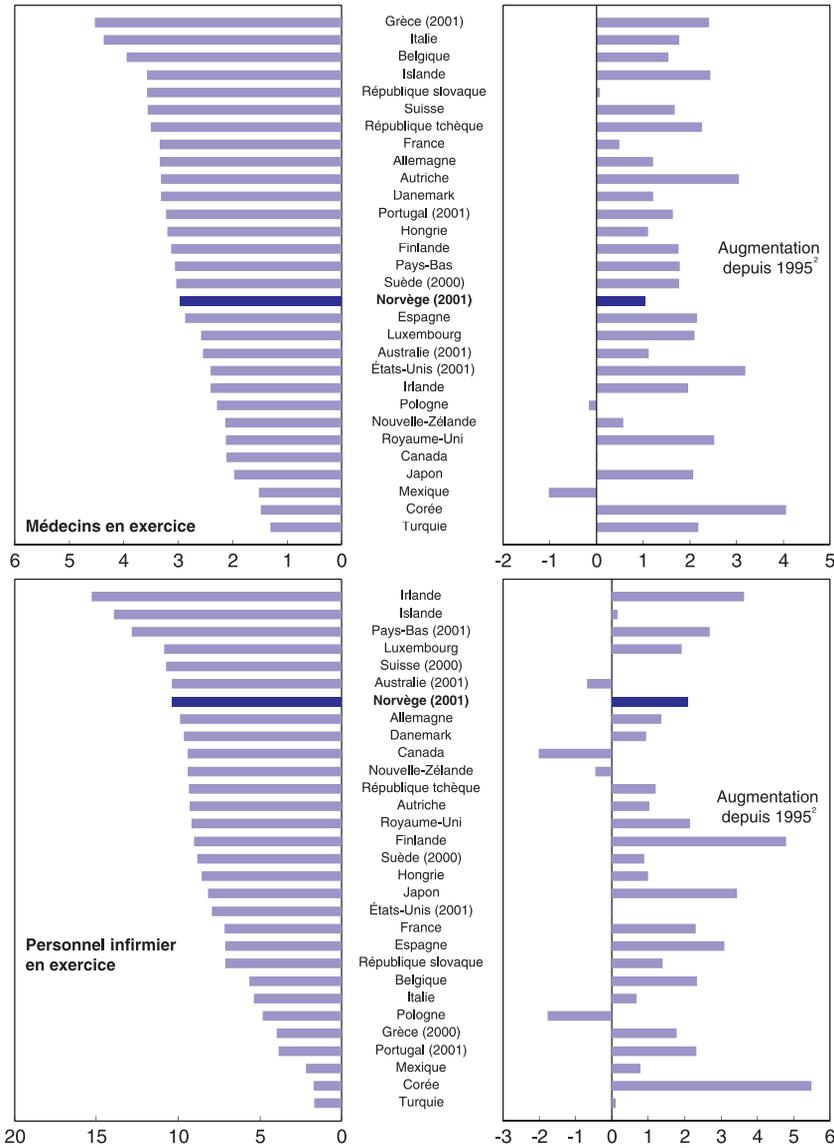
1. Hommes de moins de 70 ans. Le nombre d'années potentielles de vie perdues est un indicateur synthétique de mortalité prématurée qui rend compte des décès survenant à un âge précoce (avant 70 ans) et donc a priori évitables. Taux pour 100 000.

Source : Eco-santé OCDE, 2004.

Graphique 4.A1.2. Personnel de santé

Pour 1 000 habitants

2002 ou dernière année connue¹

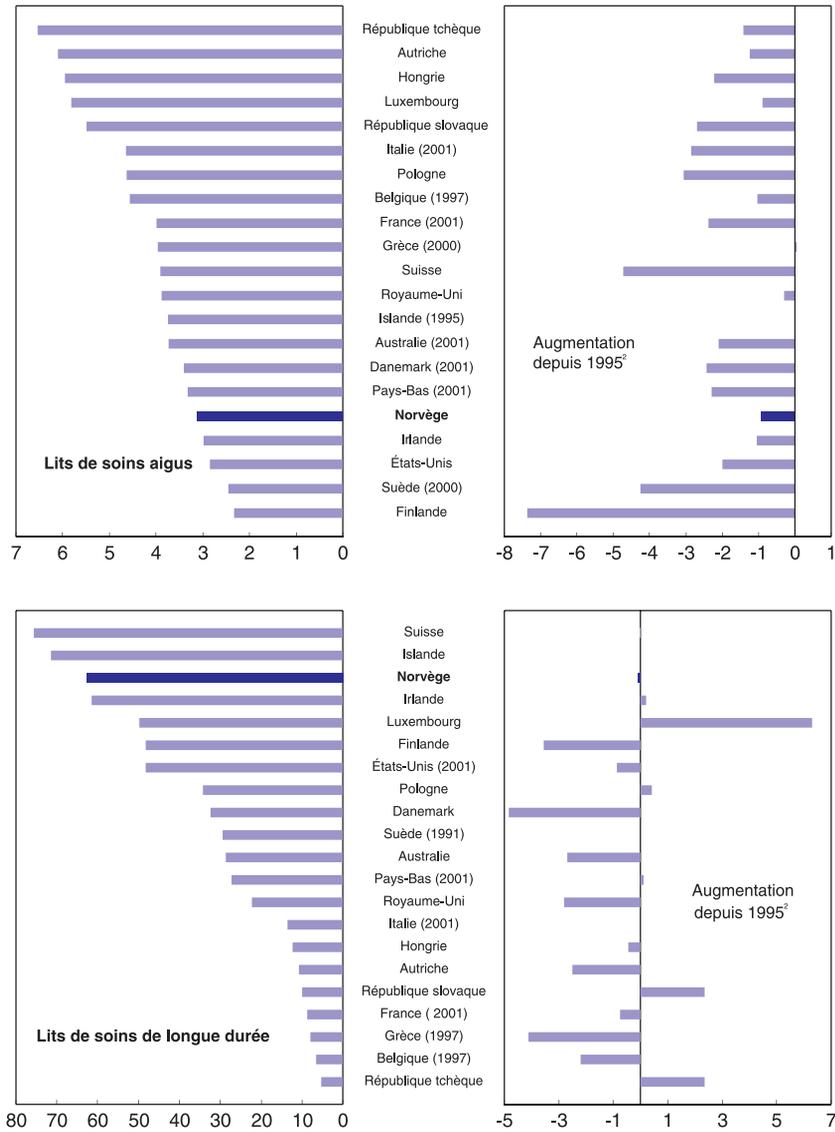


1. Indiquée entre parenthèses.

2. Variation annuelle moyenne en pourcentage depuis 1995 ou depuis l'année connue la plus proche. Dans le cas du personnel infirmier, 1997 pour la Norvège, les Pays-Bas et l'Allemagne.

Source : Eco-santé OCDE, 2004.

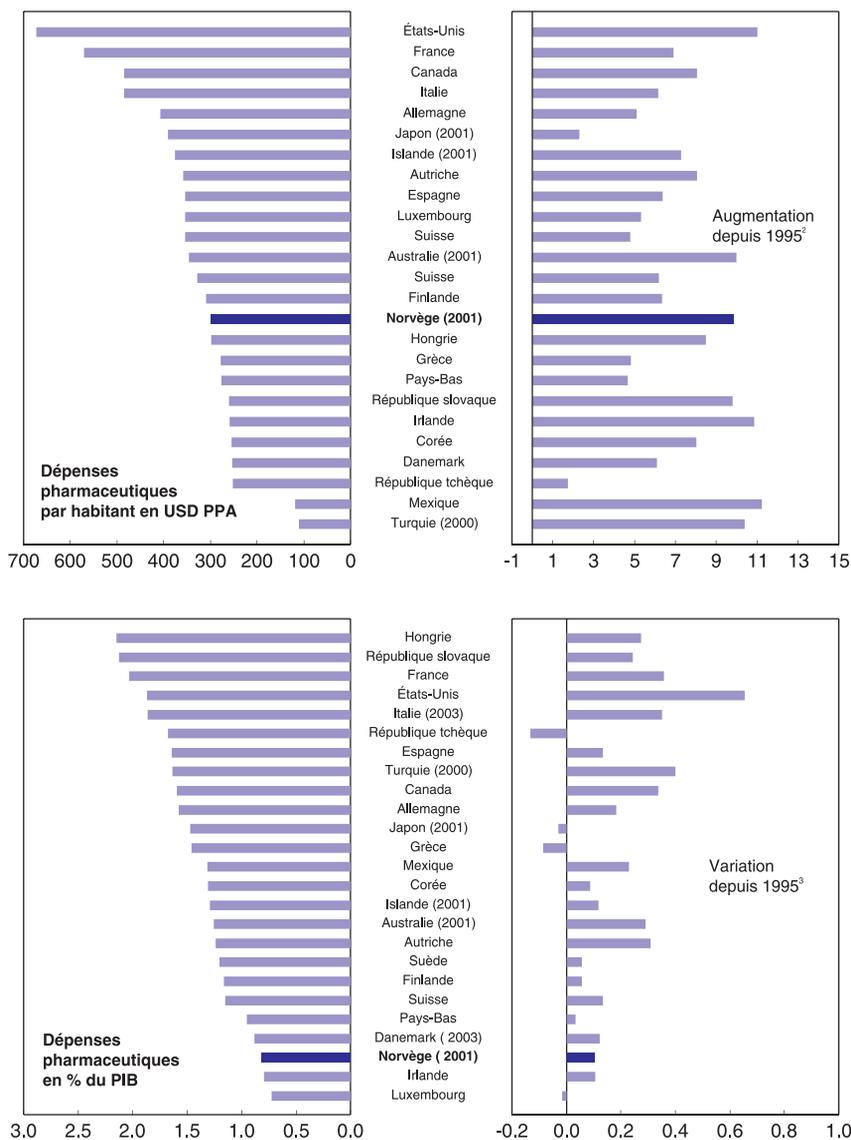
Graphique 4.A1.3. **Lits de soins aigus et de soins de longue durée**
2002 ou dernière année connue¹



1. Indiquée entre parenthèses.
2. Variation annuelle moyenne en pourcentage (si connue) depuis 1995 ou depuis l'année connue la plus proche. Données disponibles uniquement à partir de 1996 pour la République slovaque. Une seule observation en 2001 pour l'Italie.

Source : Eco-santé OCDE, 2004.

Graphique 4.A1.4. **Dépenses pharmaceutiques**
2002 ou dernière année connue¹



1. Indiquée entre parenthèses.
2. Variation annuelle moyenne en pourcentage (si connue) depuis 1995 ou depuis la dernière année connue.
3. Variation en niveau.

Source : Eco-santé OCDE, 2004.

Table des matières

Résumé	8
Évaluation et recommandations	11
Chapitre 1. Problèmes et enjeux	19
Une situation initiale enviable	20
De bons principes fondamentaux.	21
La hausse des cours du pétrole et la compétitivité du secteur non pétrolier	26
Vieillesse, prestations sociales et viabilité budgétaire	34
Notes	40
Bibliographie.	41
Annexe 1.A1. Bilan des réformes structurelles	43
Chapitre 2. Politiques macroéconomiques pour une économie équilibrée et concurrentielle.	47
Les politiques ont contribué à une robuste reprise.	48
Le rôle essentiel de la concurrence sur le marché du travail et les marchés de produits.	57
La politique budgétaire : renforcer sa crédibilité	63
Notes	74
Bibliographie.	76
Annexe 2.A1. Les différentes façons de mesurer l'inflation tendancielle en Norvège	78
Chapitre 3. Viabilité à long terme du système de retraite et de protection sociale	81
Le système de protection sociale en Norvège	82
Les pensions de vieillesse.	82
La faiblesse des incitations à la poursuite de l'activité chez les travailleurs âgés appelle également des réformes cohérentes.	91
Une vaste réforme du système de retraite s'impose	97
Les réformes en discussion doivent mettre davantage l'accent sur l'incitation à travailler	103
Certaines réformes importantes seront nécessaires	105
Notes	108
Bibliographie.	109
Annexe 3.A1. Prestations de retraite servies par le système national d'assurance. .	111
Annexe 3.A2. Projets de réforme des régimes professionnels de retraite obligatoires	114
Chapitre 4. Les performances du secteur de la santé norvégien	117
Panorama	118
Le secteur de la santé norvégien dans le contexte de l'OCDE.	119
Le secteur norvégien de la santé après les réformes récemment mises en œuvre. . . .	123
Programme des futures réformes dans le secteur de la santé	139

Notes	143
Bibliographie	147
Annexe 4.A1. Statistiques de santé : comparaison internationale	150
Encadrés	
1.1. La richesse pétrolière et les attentes à l'égard du secteur public	33
2.1. Amélioration des prévisions d'inflation	56
2.2. Transparence et fiabilité	58
2.3. Le Fonds pétrolier de l'État	64
2.4. Estimations gouvernementales de l'orientation budgétaire	66
2.5. Principales mesures de la réforme fiscale	73
3.1. Régimes professionnels de retraite dans le secteur public et le secteur privé ..	87
3.2. Les possibilités de transfert des droits dans les régimes professionnels de retraite	88
3.3. L'accord de 2001 sur les congés maladie a-t-il été vraiment efficace, ou la situation s'est-elle améliorée grâce au renforcement des contrôles ?	96
3.4. Les propositions du Livre blanc	98
3.5. Quel serait le rôle du Fonds pétrolier dans la réforme des retraites ?	103
3.6. Résumé des recommandations	106
4.1. Les soins de longue durée à Bergen	134
4.2. La commission Hagen	140
4.3. Résumé des recommandations	143
Tableaux	
1.1. Entrées d'investissements directs étrangers	23
1.2. Résultats de l'enquête PISA 2003	24
1.3. L'ajustement budgétaire	37
1.4. Taux d'emploi des travailleurs âgés avant et après prise en compte de la durée du travail	39
2.1. Demande et production	50
2.2. Résultats budgétaires depuis 2001	69
2.3. Marge budgétaire à moyen terme	70
2.4. Sources du déficit	71
3.1. Situation des travailleurs ayant droit à une préretraite AFP	87
3.2. Dépenses liées à l'âge : prévisions 2000-2050	90
3.3. Âge effectif de la cessation d'activité en Norvège	92
3.4. Incidence du « départ à la retraite flexible » sur le montant de la pension liquidée à 67 ans	100
3.5. Inégalité dans la répartition des pensions de vieillesse	101
4.1. Sources de financement des dépenses de santé	122
4.2. Activité des hôpitaux généraux	126
4.3. Croissance de l'activité des hôpitaux généraux	128
4.4. Dépenses des communes par habitant pour les soins primaires	132
4.5. Nombre de professionnels de la santé	135
Graphiques	
1.1. Sources de la croissance du revenu national en termes réels	20
1.2. La croissance du PIB réel par habitant et ses composantes	21
1.3. Indicateurs structurels	22
1.4. L'inflation dans les pays nordiques et dans la zone euro	24
1.5. Niveau de prix relatifs et PIB par habitant	25

1.6.	Prix et revenus du pétrole	27
1.7.	Les cycles économiques en Norvège continentale	28
1.8.	Taux de change réel et solde non pétrolier	30
1.9.	Emploi manufacturier	31
1.10.	Composition sectorielle de la production	32
1.11.	Patrimoine national de la Norvège	34
1.12.	Taux de dépendance des personnes âgées	34
1.13.	Le déficit de financement hors Fonds pétrolier	36
2.1.	Conditions monétaires	48
2.2.	Prix des logements et endettement des ménages.....	49
2.3.	Investissement et stock de capital.....	51
2.4.	Inflation intérieure et inflation importée	53
2.5.	Contribution à la baisse de l'IPC corrigé des variations de la fiscalité et hors produits énergétiques.....	56
2.6.	Différentes mesures de l'inflation tendancielle	57
2.7.	Salaires et écart de chômage	60
2.8.	Prix et écarts de production	61
2.9.	Salaires réels et croissance de la productivité	62
2.10.	Déficit structurel et rendement réel attendu du FPE	65
2.11.	L'orientation budgétaire au cours du cycle	67
2.12.	Déviations par rapport à la règle budgétaire	68
2.13.	Solde structurel primaire et endettement net dans les pays de l'OCDE	68
3.1.	Les prestations sociales publiques dans les pays de l'OCDE	83
3.2.	Différence entre la taxation des salaires et des retraites dans les pays scandinaves	84
3.3.	Âge effectif moyen de la retraite en Norvège	86
3.4.	Taux d'activité par sexe et par âge	91
3.5.	Inactivité pour cause de maladie ou d'invalidité dans certains pays de l'OCDE	93
3.6.	Motifs de départ du dernier emploi en Norvège, 2000	94
3.7.	Nombre de jours de maladie par salarié et chômage en Norvège	95
3.8.	Relation entre le salaire et la pension de retraite	100
3.9.	Engagements au titre des retraites et Fonds national pour les retraites.....	102
4.1.	Les dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE.....	120
4.2.	Dépenses de santé par habitant et PIB par habitant.....	121
4.3.	Dépenses totales en soins de santé individuels par catégorie	124
4.4.	Flux de patents dans les soins primaires et secondaires	125
4.5.	Coûts des services spécialisés somatiques et psychiatriques 1970-2003.....	127
4.6.	Efficiences des hôpitaux 1992-2003.....	128
4.A1.1.	Dépenses et état de santé dans les pays de l'OCDE	149
4.A1.2.	Personnel de santé	150
4.A1.3.	Lits de soins aigus et de soins de longue durée	151
4.A1.4.	Dépenses pharmaceutiques	152

Cette étude est publiée sous la responsabilité du Comité d'examen des situations économiques et des problèmes de développement, qui est chargé de l'examen de la situation économique des pays membres.

La situation économique et les politiques de la Norvège ont été évaluées par le Comité le 20 juin 2005. Le projet de rapport a ensuite été révisé à la lumière de la discussion et finalement approuvé par le Comité plénier le 29 juin 2005.

Le projet de rapport du Secrétariat a été établi pour le Comité par Alexandra Bibbee, Benoît Bellone et Flavio Padrini sous la direction de Nicholas Vanston.

L'étude précédente de la Norvège a été publiée en mars 2004.

STATISTIQUES DE BASE DE LA NORVÈGE

LE PAYS

Superficie (milliers de km ²) :	Villes principales (milliers d'habitants, 1.1.2004) :		
Total (2003)	385,2	Oslo	521,9
Norvège continentale (2003)	323,8	Bergen	237,4
Agricole (2003)	10,4	Trondheim	154,4
Forêts productives (2003)	74,7		

LA POPULATION

Population (milliers, 1.1.2004)	4 577,5	Population active totale (milliers)	2 371
Densité au km ² (2004)	11,9	Population active civile occupée (milliers)	2 273
Accroissement naturel net (milliers, 2003)	14,0	Population active civile occupée (en % du total) :	
Solde net des migrations (milliers, 2003)	11,2	Agriculture, sylviculture et pêche	3,6
		Industrie et construction	21,0
		Services	75,4

LA PRODUCTION

Produit intérieur brut :	Formation brute de capital fixe :		
En milliards de NOK	1 688,0	En % du PIB	18,0
Par habitant (en USD)	54 444	Par habitant (en USD)	9 818

L'ÉTAT

Consommation publique (en % du PIB)	22,3	Composition du Parlement (nombre de sièges) :	
État (en % du PIB) :		Travailleurs	43
Dépenses courantes et dépenses en capital	48,5	Progressistes	26
Recettes courantes	58,2	Chrétiens démocrates	22
		Conservateurs	38
		Centre	10
		Socialistes populaires	23
Dernières élections générales : 10.9.2001		Autres	3
Prochaines élections générales : septembre 2005		Total	165

LE COMMERCE EXTÉRIEUR

Exportations de biens et services (en % du PIB)	43,6	Importations de biens et services (en % du PIB)	29,5
dont : Pétrole et gaz	20,5		
Principaux produits exportés (en % du total) :		Principaux produits importés (en % du total) :	
Poissons et produits dérivés	4,9	Navires	1,0
Métaux de base et produits dérivés	9,5	Matières premières	
Équipement et matériel de transport (hors navires)	7,0	(y compris mazout et produits chimiques)	10,4
Combustibles minéraux	63,8	Métaux de base et produits dérivés	8,4
		Équipement et matériel de transport (hors navires)	34,1
Exportations de produits non pétroliers par zone (en % du total) :		Importations de produits non pétroliers par zone (en % du total) :	
Danemark et Suède	18,4	Danemark et Suède	23,4
Allemagne	11,4	Allemagne	13,8
Royaume-Uni	8,4	Royaume-Uni	6,6
États-Unis	0,0	États-Unis	4,9

LA MONNAIE

Unité monétaire : la couronne	Juin 2005, moyenne des taux journaliers :		
		NOK par USD	6,49
		NOK par euro	7,89



Extrait de :
OECD Economic Surveys: Norway 2005

Accéder à cette publication :

https://doi.org/10.1787/eco_surveys-nor-2005-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2006), « Les performances du secteur de la santé norvégien », dans *OECD Economic Surveys: Norway 2005*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/eco_surveys-nor-2005-6-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.