

NATIONS UNIES

CONSEIL
ECONOMIQUE
ET SOCIAL



Distr.
GENERALE

E/CN.4/1155/Add.13
8 octobre 1974

FRANCAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

COMMISSION DES DROITS DE L'HOMME
Trente et unième session

RAPPORTS PERIODIQUES SUR LES DROITS DE L'HOMME

Rapports sur les droits économiques, sociaux et culturels portant sur la période allant du 1er juillet 1969 au 30 juin 1973, qui ont été communiqués par les gouvernements en application de la résolution 1074 C (XXXIX) du Conseil économique et social

FINLANDE

III. 1/

A. Droit au travail

1. La législation finlandaise n'impose aucune restriction au droit de chacun de choisir librement son emploi, si l'on excepte les conditions normalement requises pour accéder aux postes et fonctions, et les dispositions relatives à la protection de la main-d'oeuvre.

2. Aux termes de l'article 17 de la Loi sur les contrats de travail (320/70), l'employeur est tenu, dans le contrat de travail ou toute autre relation de travail, d'offrir au moins le salaire et les autres conditions prescrites pour le travail en question, ou l'activité qui s'en rapproche le plus, dans la convention collective nationale qui peut être considérée comme consacrant la pratique courante dans le secteur dont il s'agit.

Une Loi du 16 février 1973 (131/73) a réorganisé le contrôle de l'application des clauses et règlements relatifs à la protection de la main-d'oeuvre; elle a considérablement étendu les pouvoirs de coercition des autorités en cas de violation des clauses de protection de la main-d'oeuvre. L'objet de cette loi est aussi d'instaurer la coopération indispensable entre employeurs et salariés pour tout ce qui a trait à la prévention des accidents sur le lieu du travail.

D'autres Lois, promulguées en 1972 et 1973, ont elles aussi réorganisé les services de protection de la main-d'oeuvre : le Conseil national de la protection de la main-d'oeuvre, organe central relevant du Ministère des affaires sociales et de la santé, est chargé de diriger et de contrôler ces services. Le pays est divisé en districts de protection de la main-d'oeuvre qui assurent la direction et l'inspection à l'échelon régional.

3. Une clause de la Constitution garantit à la main-d'oeuvre finlandaise une protection spéciale. Cette clause a été complétée par une Loi du 28 juillet 1972 (592/72) qui stipule : "L'Etat assure à tous ses ressortissants, en tant que de besoin, la possibilité de travailler, sauf disposition contraire de la loi".

4. Voir le paragraphe 2.

5. Voir le paragraphe 2.

6. Sauf dans le cas de catégories d'employés bien déterminés, la durée du travail et les congés annuels payés sont réglementés par des lois spéciales qui fixent le nombre maximum d'heures de travail et la durée minimum des repos et des congés annuels.

1/ Les membres de la Commission qui le désirent peuvent consulter au Secrétariat un supplément de documentation émanant du Ministère des affaires sociales et de la santé et communiqué par le Gouvernement finlandais.

7. L'article 52 de la Loi sur les contrats de travail interdit toute pression visant à empêcher quiconque d'appartenir ou d'adhérer à une association autorisée par la loi, ou d'oeuvrer pour cette association, que cette pression soit le fait de l'employeur vis-à-vis du salarié, ou inversement, ou d'un travailleur vis-à-vis d'un autre travailleur. Toute violation de cette disposition est passible de sanction.

8. Le droit de grève est réglementé par la Loi sur les conventions collectives et la Loi sur les contrats de travail. La première interdit aux parties à une convention collective de se livrer à des actes d'hostilité pendant la durée de la convention. Ce qui signifie, a contrario, que ce droit existe en l'absence d'une convention collective. La Loi sur les contrats de travail dispose expressément qu'aucun travailleur ne peut être licencié, ni aucun contrat de travail résilié, motif pris de ce que l'intéressé, au cours d'un conflit du travail, a pris part à une grève ou à toute autre manifestation d'hostilité à laquelle il était en droit de participer en vertu de la Loi sur les conventions collectives.

La protection de la main-d'oeuvre en Finlande
et son évolution

De tout temps, l'Etat s'est chargé d'organiser la protection de la main-d'oeuvre en Finlande. Jusqu'à la fin de 1973, ce domaine était régi par la Loi sur l'inspection des usines, qui remontait à 1927.

La réorganisation des services de protection de la main-d'oeuvre et des fonctions de contrôle connexes a commencé en 1971, mais n'est pas encore totalement achevée. Se fondant sur les travaux de deux commissions spéciales créées en 1971, le Parlement a adopté en 1972 les Lois sur le contrôle de la protection de la main-d'oeuvre et sur les services de protection de la main-d'oeuvre. Cela revenait à scinder en deux Lois distinctes l'ancienne Loi sur l'inspection des usines, qui contenait des dispositions aussi bien sur le travail d'inspection proprement dit que sur l'organisation administrative requise pour assurer la protection de la main-d'oeuvre.

En 1973, la Loi sur les services de protection de la main-d'oeuvre, dont certaines clauses étaient entrées en vigueur en 1972, a été à nouveau modifiée, notamment par l'adjonction d'une clause portant création du Conseil national de la protection de la main-d'oeuvre. Ce Conseil est entré en fonctions le 1er octobre 1973. La Loi sur le contrôle de la protection de la main-d'oeuvre est entrée en vigueur le 1er janvier 1974. Elle traite plus particulièrement des mesures à prendre dans les entreprises pour éviter les accidents du travail ainsi que du contrôle des activités connexes.

Fonctions des services de protection de la main-d'oeuvre

La Loi sur les services de protection de la main-d'oeuvre est une loi-cadre. Elle donne à ces services mission d'améliorer la protection de la main-d'oeuvre. A cette fin, les autorités compétentes sont tenues de renforcer la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, de contrôler l'application des lois et règlements et de s'acquitter d'autres fonctions qui leur sont expressément dévolues par la loi. Outre ces fonctions d'ordre général, ces services doivent :

- 1) se charger d'organiser et d'améliorer la protection de la main-d'oeuvre;
- 2) se charger de l'information, de la recherche et de la formation dans le domaine de la protection de la main-d'oeuvre;
- 3) veiller, par voie d'inspections et d'enquêtes, au respect des lois et règlements sur la protection de la main-d'oeuvre;
- 4) publier des instructions, avis et rapports sur l'application pratique des lois et règlements sur la protection de la main-d'oeuvre;
- 5) donner des instructions, des avis et une formation aux entrepreneurs établis à leur compte et les aider à organiser et à mettre au point des mesures de protection appropriées à leurs besoins;
- 6) coopérer étroitement avec les organisations d'employeurs et de travailleurs pour tout ce qui touche à la protection de la main-d'oeuvre;
- 7) coopérer avec les autorités, les institutions et les organes qui s'occupent de protection de la main-d'oeuvre et de domaines connexes.

Toutes ces activités concourent à renforcer la protection de la main-d'oeuvre et sont au moins aussi importantes que les activités d'inspection traditionnelles. Elles montrent clairement que ce sont les autorités qui coordonnent à l'échelon le plus élevé l'action des institutions bénévoles et des organes travaillant sur la base de contrats, les compagnies d'assurance-accidents par exemple.

Organisation des services de protection de la main-d'oeuvre

Ces services sont soit d'Etat, soit communaux. Depuis le 1er octobre 1973, le conseil national de la protection de la main-d'oeuvre est le service central qui dirige, contrôle et exécute à l'échelon national. Administrativement, il relève du Ministère des affaires sociales et de la santé et plus précisément de la Direction générale de la protection de la main-d'oeuvre.

Il existe un comité consultatif sur la protection de la main-d'oeuvre, relié au Ministère, où sont notamment représentés les partenaires sociaux et les experts de la protection de la main-d'oeuvre. Sur le plan régional, il y a 11 districts de la protection de la main-d'oeuvre, qui sont chargés de l'inspection proprement dite.

Outre leurs fonctions de caractère général, les districts procèdent à des inspections dans différents secteurs : construction et bâtiments, transports, agriculture et forêts. En règle générale, les entreprises qui emploient plus de 10 travailleurs ou qui utilisent un outillage, des produits ou des procédés dangereux, sont inspectées par les services de l'Etat. Chaque district compte aussi un conseil de la protection de la main-d'oeuvre qui regroupe des représentants des employeurs, des travailleurs et des organismes chargés de la protection de la main-d'oeuvre.

A l'échelon local, les commissions locales d'hygiène font office de service de protection de la main-d'oeuvre. Les inspecteurs locaux relèvent de ces commissions. L'Etat verse une partie de leur traitement. Les inspecteurs locaux contrôlent les conditions de travail dans les petites entreprises artisanales ou de services.

Contrôle de la protection de la main-d'oeuvre

La Loi sur le contrôle de la protection de la main-d'oeuvre fixe la façon dont sera vérifiée l'application des lois et règlements relatifs à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle vise à assurer aux travailleurs les meilleures conditions de sécurité et de salubrité, tant pour ce qui est du travail lui-même que du milieu dans lequel il s'effectue. Les services de protection s'acquittent de cette tâche de surveillance chaque fois que la loi leur en fait le devoir. Dans la pratique, ils sont chargés de veiller à l'application de toutes les lois sur la protection de la main-d'oeuvre et la durée du travail.

Les principales réformes introduites par la nouvelle Loi, entrée en vigueur le 1er janvier 1974, sont les suivantes :

- 1) Son domaine d'application est étendu aux bureaux et organismes de l'Etat, des communes, de l'Eglise et d'autres organismes de droit public; elle s'applique aux fonctionnaires et employés qui y travaillent.
- 2) La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les entreprises suppose une coopération entre employeurs et employés. Certes, il existait déjà des textes à ce sujet, mais ils étaient de caractère tout à fait général. Si bien que les partenaires sociaux avaient d'eux-mêmes conclu des accords de coopération dans ce domaine de la protection de la main-d'oeuvre. La nouvelle Loi rend cette coopération obligatoire : l'employeur nomme un responsable de la sécurité du travail qui assure la coopération si l'employeur ne s'en charge pas lui-même. Dans les entreprises qui emploient habituellement plus de 10 travailleurs, ces derniers choisissent dans leurs rangs un délégué à la sécurité du travail et deux suppléants, nommés pour deux ans, qui les représentent pour tout ce qui touche à la coopération en matière de protection de la main-d'oeuvre. Ces délégués représentent aussi les travailleurs dans les rapports avec les services de protection de la main-d'oeuvre. Dans les entreprises qui emploient habituellement plus de 20 travailleurs, la création d'un comité de protection de la main-d'oeuvre, composé de représentants de l'employeur et des travailleurs, est obligatoire. Ce comité est chargé de veiller à la sécurité et à l'hygiène dans l'entreprise. La Loi permet aussi aux partenaires sociaux d'améliorer la coopération grâce à des accords spéciaux.
- 3) La nouvelle Loi prévoit des mesures de coercition supplémentaires. Le service de protection de la main-d'oeuvre peut ainsi imposer une amende, faire apporter une amélioration aux frais de l'employeur, menacer de faire cesser le travail, le faire cesser ou interdire l'emploi de telle ou telle machine ou de tel ou tel procédé. Toutefois, avant de recourir à ces mesures de coercition, il doit s'efforcer de parvenir à ces fins au moyen d'instructions et de conseils.

Perspectives d'avenir

Les réformes apportées à la protection de la main-d'oeuvre et aux mesures de contrôle sont le point de départ d'un régime coordonné de protection. A terme, une seule administration sera chargée de tous les aspects de la question. Dans un premier temps, on s'efforcera de rattacher au Conseil national de protection de la main-d'oeuvre la surveillance dans les mines et les transports maritimes.

Il est également question de faire de l'Institut d'hygiène du travail - actuellement géré par une fondation - un organisme administré et financé par l'Etat. Ce projet deviendra probablement une réalité d'ici 1977. De plus, de nouveaux instituts régionaux vont être créés et desserviront notamment les districts de la protection de la main-d'oeuvre.

Un Comité qui s'occupait de formation pour la protection de la main-d'oeuvre a proposé d'accroître sensiblement les ressources et les activités consacrées à cette fin. Cela amènera à revoir l'organisation de cette protection.

Mentionnons enfin que la Loi actuelle sur la protection de la main-d'oeuvre, qui date de 1958, doit être révisée par un comité d'experts. C'est la plus importante des lois qui réglementent les conditions de travail dans l'entreprise, et l'évolution rapide de ces dernières années a fait surgir de nouveaux problèmes qui font de sa révision une question d'actualité. Cette révision amènera nécessairement à tenir compte de tous les éléments qui constituent le cadre du travail. Indépendamment des aspects découlant de l'évolution technologique, on insistera sur l'hygiène professionnelle ainsi que sur la médecine et la psychologie du travail.

III.

E. Droit des familles, des mères et des enfants à une protection et à une assistance

La législation sur les garderies d'enfants et le régime des prestations familiales a fait l'objet de nouvelles modifications depuis 1972.

La Loi sur les garderies d'enfants (36/73) a été promulguée le 19 janvier 1973 et le règlement d'application (239/73) le 16 mars 1973. La Loi est entrée en vigueur le 1er avril 1973 et fournit un cadre légal à l'organisation des garderies et à leur développement.

Plusieurs Lois destinées à refondre le régime des prestations familiales ont été promulguées le 4 janvier 1974. Elles visent surtout à améliorer la situation des familles avec enfants, en relevant le niveau des prestations qui leur sont accordées et en rétablissant le pouvoir d'achat des allocations. En unifiant et en simplifiant le régime des prestations, on a cherché aussi à mieux venir en aide aux enfants dont la situation matérielle est précaire. Dans ce but, la Finlande a promulgué notamment la Loi portant modification de l'article 1^{er} de la Loi sur les allocations pour enfants (1/74), la Loi abrogeant la Loi sur les allocations familiales (5/74), la Loi abrogeant la Loi sur les allocations spéciales pour enfants (6/74) et la Loi portant modification de la Loi relative aux avances sur pensions alimentaires pour enfants (7/74). De plus, le montant de la prime de maternité a été augmenté par Décret du Conseil d'Etat du 7 février 1974 (135/74).

Durant l'année en cours, la Finlande se propose de prendre des mesures destinées à réformer la Loi actuelle sur la protection de l'enfance (52/36). Elle compte aussi développer ses services médico-pédagogiques afin de mieux les intégrer dans le régime général de la santé publique.

Le Gouvernement s'est en outre engagé à augmenter les allocations pour enfants à charge de 25 % au moins dans le courant de cette année et de l'année prochaine. La prime de maternité sera relevée elle aussi et les allocations de naissance seront payables jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de six mois.

Centres médico-pédagogiques, 1968-73

	<u>Nombre de centres</u>	<u>Nombre d'enfants qui les ont fréquentés</u>
1968	33	..
1969	33	..
1970	36	..
1971	35	23 454
1972	39	20 266
1973	41	..

Foyers d'enfants et lits dont ils disposent, 1968-1972

	<u>Foyers d'enfants</u>	<u>Lits</u>
1968	208	4 976
1969	205	4 887
1970	207	4 964
1971	206	4 942
1972	205	4 876

Garderies d'enfants, 1968-1973

	<u>Nombre de places</u>
1968	32 635
1969	44 026
1970	34 627
1971	40 731
1972	46 535
1973	49 000*

* Données provisoires.

Protection de l'enfance, 1968-1972

	<u>Sans protection</u>	<u>Avec une protection éducative</u>	<u>Total</u>
1968	12 368	6 681	19 049
1969	12 102	6 201	18 303
1970	12 013	6 564	18 577
1971	13 849	7 658	21 507
1972	11 183	6 462	17 645

Allocations-logement versées aux familles avec enfants, 1968-1973

	<u>Nombre de familles</u>	<u>Nombre d'enfants dans ces familles</u>
1968	17 129	52 304
1969	20 661	61 360
1970	22 402	66 498
1971 ¹⁾	22 187	64 969
1972	28 247	73 186
1973	32 087	78 662

1) Depuis 1971, les statistiques font état de la situation au dernier jour de l'année. Avant 1971, les chiffres indiqués comprennent toutes les familles qui ont reçu une allocation-logement au cours de l'année considérée.

Allocations spéciales pour enfants, 1968-1972

	<u>Nombre de familles</u>	<u>Nombre d'enfants</u>
1968	42 735	78 630
1969	26 941	48 740
1970	24 886	46 875
1971	26 154	49 076
1972	28 739	52 813

Allocations familiales, 1968-1972

	<u>Nombre de familles</u>	<u>Nombre d'enfants</u>
1968	55 437	116 331
1969
1970
1971	39 142	78 737
1972	36 460	72 362

Prestations de maternité, 1968-1973

	<u>Nombre de familles</u>	<u>Nombre d'enfants</u>
1968	70 532	71 247
1969	63 985	64 672
1970	61 832	62 507
1971	60 000	60 602
1972	58 035	58 673
1973	56 000*	56 789*

* Données provisoires

Allocations familiales, 1968-1973

	<u>Nombre de familles</u>	<u>Nombre d'enfants</u>	<u>Montant de l'allocation (en marks par mois)</u>	<u>Montant total des allocations en millions de marks</u>
1968	640 164	1 275 476	17,33-24,67	305,88
1969	640 066	1 250 067	17,33-24,67	299,16
1970	637 265	1 218 010	19,00-27,00	304,66
1971	636 661	1 189 329	20,67-29,33	336,96
1972	637 976	1 164 287	22,33-31,67	354,83
1973	641 183	1 148 655	22,33-43,34	357,91

LE REGIME FINLANDAIS DE LA SANTE PUBLIQUE
et en particulier ce qu'il y a de nouveau en matière
de législation et de planification

par

Kari Puro,

Secrétaire général du Ministère finlandais
des affaires sociales et de la santé

1. Introduction
2. Grandes lignes de l'administration de la santé publique en Finlande
3. Structure des services de santé
4. Mesures récentes dans le domaine de la planification
 - 4.1 Législation relative aux plans et programmes
 - 4.2 Plans nationaux
 - 4.3 Plans régionaux et locaux
5. Problèmes et perspectives.

1. Introduction

La Finlande est un pays développé à économie diversifiée de type scandinave dont la population culturellement homogène compte 4,7 millions d'habitants. Ceux-ci se partagent presque également entre la ville et la campagne. Vingt pour cent de la population économiquement active vit de la production primaire (agriculture et forêts), 35 % de la production secondaire (industries manufacturières) et 45 % du secteur tertiaire (services). Les côtes et le sud-ouest du pays, dont le développement économique est plus avancé, sont les régions les plus peuplées. La population est plus jeune que dans les autres pays nordiques; 9 $\frac{1}{2}$ % seulement ont plus de 65 ans.

Du point de vue de la santé, disons brièvement que la Finlande s'écarte quelque peu de beaucoup d'autres pays industrialisés et économiquement avancés. La mortalité infantile y est très faible, la deuxième du monde - 11,8 pour 1000 naissances vivantes en 1971 - mais la mortalité des adultes, des hommes en particulier, est exceptionnellement élevée, et due à toutes les principales causes de décès : maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes (cancer du poumon en particulier) et morts violentes (suicides, accidents de la circulation). L'espérance de vie à la naissance est de 65 ans $\frac{1}{2}$ pour les hommes et de 73 ans pour les femmes. Au tableau de la morbidité, ce sont les maladies chroniques aux causes multiples non spécifiées, dégénérescence du myocarde, maladie de l'appareil locomoteur et troubles mentaux par exemple, qui dominant.

2. Grandes lignes de l'administration de la santé publique en Finlande

L'autorité suprême en matière de santé publique est le Ministère des affaires sociales et de la santé. Il existe au Ministère une Direction générale de la santé, chargée essentiellement de préparer les textes de loi, d'établir les propositions budgétaires et d'arrêter les principes directeurs de la planification nationale.

L'organe administratif central qui relève du Ministère est le Conseil national de la santé. Il est essentiellement chargé de :

- 1) diriger, contrôler et développer les soins médicaux ainsi que la production, la distribution et la vente des produits pharmaceutiques;
- 2) diriger et contrôler les activités des établissements et laboratoires médicaux;
- 3) s'occuper des domaines suivants : recherche, planification, rationalisation, normalisation et consultations.

A l'échelon régional et local, comme on le verra ci-après, la structure administrative diffère pour les services sanitaires de base et pour les soins hospitaliers spécialisés. (La structure de base de l'administration centrale de la santé publique est donnée dans l'organigramme 1).

3. Structure des services de santé

Il n'est pas inutile de citer d'abord quelques statistiques sur les effectifs sanitaires et autres ressources. Il y a environ 1 médecin, 5 infirmières et 13 lits d'hôpital pour 1000 habitants. En Finlande, c'est la collectivité qui prend en charge à l'heure actuelle la majorité des services de santé : 98 % des lits d'hôpital et la très grande majorité des services de consultation.

Les unités administratives locales, les communes, sont chargées d'assurer les services de santé. Elles ont le droit de percevoir des impôts et jouissent d'une certaine autonomie. La Loi sur la santé publique, entrée en vigueur en 1972, dispose que les communes sont tenues d'organiser les services sanitaires de base et que, d'ici quelques années, ces services seront gratuits. Mais certaines communes finlandaises, trop petites, n'ont pas les moyens d'assurer seules ces services; elles se sont donc groupées en syndicats de communes pour pouvoir créer des centres d'hygiène pouvant desservir au moins 10 000 habitants. Lorsque le plan aura été mené à bien, le pays comptera environ 220 de ces centres.

Les services hospitaliers spécialisés sont également du ressort des communes et assurés par des syndicats hospitaliers de communes. La Finlande est divisée en 21 districts hospitaliers généraux, 19 districts pour les soins aux malades mentaux et 18 pour les tuberculeux. Il y a en outre un grand nombre d'hôpitaux de plus petite taille, qui sont gérés par leurs propres syndicats de communes. Le Ministère des affaires sociales et de la santé travaille à un projet de loi qui regrouperait les nombreux syndicats de communes actuels en 20 syndicats régionaux qui auraient la responsabilité de tous les soins hospitaliers donnés par des spécialistes dans leurs districts respectifs.

Comme les ressources varient considérablement d'une commune à l'autre, l'Etat prend à sa charge une partie des frais.

4. Mesures récentes dans le domaine de la planification

4.1 Législation relative aux plans et programmes

La Loi sur la santé publique, entrée en vigueur en 1972, oblige - ce qui est une nouveauté - l'Etat et les communes à dresser des plans de santé publique. Elle dispose que le Conseil national de la santé doit établir chaque année un plan quinquennal pour l'organisation des services de santé publique dans le pays. Le Ministère des affaires sociales et de la santé soumet ce plan au Conseil d'Etat pour approbation. Chaque commune doit, de son côté, préparer tous les ans un programme quinquennal qui soit conforme au plan national. Le Conseil national de la santé approuve les programmes soumis par les communes.

Après l'entrée en vigueur de la Loi sur la santé publique, les clauses relatives à l'administration des soins hospitaliers spécialisés ont, elles aussi, été modifiées. Les hôpitaux préparent un plan national de cinq ans pour l'organisation des soins hospitaliers spécialisés. Chaque district hospitalier général doit préparer chaque année un plan de soins hospitaliers et le soumettre à l'approbation du Conseil national de la santé.

Les plans ainsi établis pour les soins hospitaliers et la santé publique constituent un régime intégré pour toute la Finlande. Les plans nationaux sont étudiés simultanément par le Conseil d'Etat. De la sorte, le Conseil s'interroge chaque année sur la meilleure orientation à donner à l'ensemble du régime de la santé publique.

4.2 Plans nationaux

Les plans nationaux sont un schéma directeur pour les communes et le Conseil national de la santé. Ils définissent la nature et l'étendue des obligations des communes. Leur rôle de contrôle s'exerce de la manière suivante :

- 1) Ils fixent les objectifs sanitaires pour l'ensemble du pays. A l'heure actuelle par exemple, on cherche à supprimer les inégalités qui existent entre les régions, dont certaines sont mieux pourvues que d'autres en services d'hygiène, et en particulier à renforcer les services destinés à traiter les maladies les plus répandues dans la population.
- 2) Ils définissent la nature des mesures à prendre pour faire passer les projets dans les faits ainsi que les principes directeurs. Ils prévoient par exemple que des médecins devront être de service dans tous les centres sanitaires et que les polycliniques devront être ouvertes de 8 heures du matin à 8 heures du soir.
- 3) Ils décident des augmentations de personnel. Ils donnent aussi des indications sur le recrutement (catégorie, nombre) du personnel hospitalier et de santé publique et sur les régions auxquelles ce personnel doit être affecté. Il semble qu'à l'heure actuelle cette répartition régionale des ressources en personnel soit l'un des aspects les plus positifs de la planification.

- 4) Ils fixent le cadre économique des services de santé pour une période de cinq ans.

4.3 Plans régionaux et locaux

Les communes et les syndicats de communes, dans leurs plans de santé publique et de soins hospitaliers, définissent de façon détaillée, pour les différents secteurs de la santé publique, les objectifs et les moyens d'action. Ces plans de répartition des services concernent la nature et l'étendue des activités ainsi que les méthodes de mise en oeuvre. Les problèmes se posent de façon différente selon les régions et les collectivités. Les conditions varient aussi selon les communes. La population locale est donc la mieux placée pour décider de la répartition des services, à condition qu'elle ne s'écarte pas du schéma directeur national. Il faut - c'est là l'idée clé - que les utilisateurs puissent participer aux décisions qui concernent les services mis sur pied par la collectivité. L'un des avantages de l'autonomie locale est que les usagers ont leur mot à dire sur le fonctionnement des services communaux de santé publique.

Les plans établis par les communes et les syndicats de communes peuvent orienter la politique sanitaire locale de la manière suivante :

1. Ils fixent la quantité et la qualité des services et définissent les principes d'action locale pour les cinq années à venir.
2. Ils établissent un calendrier des réalisations.
3. Ils indiquent les principes qui doivent présider à la politique d'investissement des communes et des syndicats de communes.
4. Ils précisent le nombre des personnes employées dans les établissements gérés par les communes et les syndicats de communes.

Ces plans communaux n'ont de valeur que s'ils se conforment au plan national, ce dont s'assure le Conseil national de la santé. C'est d'ailleurs dans ce cas seulement que l'Etat accorde une subvention à la commune. Le fait de subordonner l'octroi d'une subvention à la qualité du plan aboutira, pensons-nous, à un système qui associe planification et décision. Ce système permet aussi à ceux qui prennent les décisions politiques, de s'assurer que les ressources consacrées par la société à la santé répondent aux besoins réels de la population.

Il est trop tôt encore pour porter un jugement de valeur sur ce système finlandais de planification. Dans cinq ou dix ans, il nous sera sans doute possible de voir si les méthodes que nous avons choisies peuvent nous mener aux buts que nous nous sommes fixés. Mais nous pensons déjà que les méthodes que nous venons de décrire permettront de résoudre certains des grands problèmes d'hygiène d'une société industrialisée.

5. Problèmes et perspectives

Pour le Gouvernement, l'un des principaux problèmes, dans ce domaine de la santé publique, est qu'au fur et à mesure que les connaissances médicales progressent, que les techniques se perfectionnent et deviennent plus onéreuses,

le coût des soins médicaux s'élève; or, le résultat de ces soins paraît bien minime au regard de ce qu'on devrait pouvoir faire pour promouvoir la santé et prévenir les maladies et les accidents. Nous croyons toutefois avoir maintenant fait le nécessaire du point de vue administratif pour contenir dans des limites raisonnables la poussée exponentielle des dépenses de santé et pour allouer à la prévention et aux soins ambulatoires une part relativement plus importante de nos faibles ressources. Mais les dangers qui menacent de nos jours la santé semblent provenir de plus en plus des modes de vie et de comportement modernes (nutrition, circulation automobile, tabac, etc.), sur lesquels l'action sanitaire traditionnelle n'a guère de prise, et il nous faut maintenant trouver une stratégie et des tactiques nouvelles pour remédier à ces problèmes.

LOI SUR LA SANTE PUBLIQUE

Helsinki, le 28 janvier 1972

Le Parlement en ayant délibéré, la Loi suivante est promulguée :

Titre premier

Activités de santé publique

Art. 1. Les activités de santé publique s'entendent des soins d'hygiène qui touchent l'individu et son environnement et des soins médicaux concernant l'individu, ainsi que des activités connexes visant la protection et la promotion de la santé de la population.

Sauf dispositions contraires figurant dans d'autres lois ou dans des règlements en découlant, les dispositions de la présente Loi s'appliquent aux activités de santé publique visées au premier alinéa du présent article, à l'exception des soins d'hygiène concernant l'environnement de l'individu et des activités connexes qui font l'objet de dispositions distinctes.

Titre 2

Administration

Art. 2. Le Conseil national de la santé est chargé, au plus haut niveau, de diriger, contrôler et surveiller les activités de santé publique.

Art. 3. Le Conseil national de la santé établit chaque année, pour les cinq années civiles suivantes, un plan national concernant les activités de santé publique visées dans la présente Loi. Le plan et, le cas échéant, les modifications dont il fait l'objet, sont soumis à l'approbation du Cabinet, qui décide en même temps de la date à laquelle les autorités locales (les communes) doivent soumettre au Conseil national de la santé les plans d'action visés à l'article 19, lesquels doivent s'intégrer dans le plan national.

Art. 4. Les activités de santé publique de chaque province sont contrôlées et surveillées par le Conseil provincial, sous l'autorité du Conseil national de la santé.

Pour les questions générales ou complexes, le Conseil provincial peut se faire aider par un conseil consultatif créé par voie réglementaire.

Art. 5. L'autorité locale (la commune) est chargée des activités de santé publique selon les dispositions de la présente Loi ou d'autres textes.

Avec l'accord du Conseil national de la santé, les communes peuvent se charger conjointement des activités envisagées à l'alinéa précédent en créant à cette fin des syndicats de communes. Toujours avec l'accord du Conseil national de la santé, une commune peut aussi, après entente avec une commune voisine, laisser à celle-ci la responsabilité d'une partie des fonctions visées audit alinéa.

Dans certaines circonstances, le gouvernement peut, sur recommandation du Conseil national de la santé et après consultation des communes intéressées,

enjoindre à ces dernières de coopérer, comme il est dit à l'alinéa qui précède, et d'arrêter les modalités de cette coopération.

Lorsque des activités prévues par la présente Loi sont confiées à un syndicat de communes, le syndicat se voit confier aussi les tâches communales de santé publique prévues dans d'autres lois.

Les dispositions de la présente Loi concernant les communes, les conseils communaux et les habitants des communes s'appliquent, mutatis mutandis, aux syndicats de communes, aux conseils de syndicats et aux habitants des communes groupées en syndicats.

Art. 6. La commune est dotée d'une commission locale d'hygiène qui, outre les fonctions prévues dans la présente Loi, est chargée des tâches que d'autres lois confient au conseil sanitaire local.

Lorsqu'un syndicat de communes est chargé des activités de santé publique, il nomme une commission locale d'hygiène au nom des communes membres du syndicat, lesquelles n'ont aucune autre commission locale d'hygiène.

La commission locale d'hygiène comprend une section générale et une section de surveillance.

Lorsque les circonstances le justifient (chiffre de la population par exemple), la Directive visée à l'article 20 peut stipuler que la commission locale d'hygiène sera divisée différemment, ne le sera pas du tout ou même que l'administration des activités de santé publique sera organisée d'autre manière que celle prévue dans la présente Loi.

Art. 7. La section de surveillance s'occupe des questions de santé concernant l'environnement de l'individu, et la section générale des autres questions qui relèvent de la commission locale d'hygiène.

La commission locale d'hygiène siège en commission plénière pour examiner les questions à soumettre aux autorités nationales, ainsi que les questions concernant :

- 1) le budget
- 2) le rapport annuel
- 3) le mandat
- 4) l'engagement, le licenciement et les congés des agents, dans la mesure où ces questions relèvent de la commission, et
- 5) les questions qui, de par leur nature, intéressent l'une et l'autre des sections.

Les questions autres que celles énumérées au deuxième alinéa sont examinées par la commission plénière en cas de doute quant à la section compétente.

Art. 8. Les commissions locales d'hygiène sont composées de dix membres au moins et de douze au plus, les sections de six membres au minimum.

Lorsqu'une commission locale d'hygiène n'est pas divisée en sections, ses membres peuvent être moins nombreux qu'il n'est dit au premier alinéa, mais jamais moins de six.

Les membres de la commission locale d'hygiène ont chacun un suppléant. Les membres et leurs suppléants sont nommés pour quatre ans par le conseil local et, dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article 6, par le conseil du syndicat de communes. Le conseil désigne, pour quatre ans également, un président et un vice-président choisis parmi les membres de la commission.

Pour la durée de son mandat, la commission locale d'hygiène désigne les membres des sections parmi les membres de la commission, et leurs suppléants parmi les suppléants de la commission. Elle choisit parmi les membres ainsi désignés, toujours pour quatre ans, un président et un vice-président pour chaque section.

Art. 9. Aucun fonctionnaire de l'Etat chargé du contrôle et de la surveillance des activités de santé publique ne peut être élu à une commission locale d'hygiène dans la circonscription où il exerce ses fonctions.

Art. 10. Toute autorité publique chargée de contrôler et surveiller les activités de santé publique peut, aux fins qu'elle doit indiquer, réclamer la convocation d'une commission locale d'hygiène ou de l'une de ses sections. Cette autorité ou son représentant désigné a le droit d'assister à la réunion et de prendre part à la discussion mais non aux décisions.

Art. 11. Dans l'accomplissement de sa tâche, la commission locale d'hygiène est autorisée à demander des renseignements aux autorités gouvernementales, paroissiales et communales, et à tous ceux qui s'occupent de santé publique, sauf les dispositions relatives au secret professionnel.

Art. 12. Les agents qui relèvent de la commission locale d'hygiène sont autorisés à procéder à des inspections dans les domaines qui relèvent de leur compétence chaque fois qu'il y a lieu de penser que la santé est menacée. Les perquisitions à domicile font toutefois l'objet de clauses distinctes.

Art. 13. La commission locale d'hygiène rend compte au Conseil national de la santé et au Conseil provincial de l'action sanitaire de la commune, et prépare à ce sujet un rapport annuel par année civile dans les formes prescrites par le Conseil national de la santé. Ce rapport doit être adressé au Conseil national de la santé et au Conseil provincial au plus tard à la fin du mois d'avril de l'année suivante.

Titre 3

Action sanitaire de la commune

Art. 14. En matière de santé publique, la commune est tenue, dans le cadre du plan d'activités visé à l'article 19 :

- 1) d'assurer des services consultatifs dans le domaine de la santé : informer les habitants de la commune sur les questions de santé publique, la contraception par exemple, et organiser à leur intention des examens généraux d'hygiène;
- 2) d'organiser des soins médicaux pour les habitants de la commune : examen par un médecin, soins donnés par un médecin ou sous surveillance, rééducation médicale et premiers secours sur le territoire de la commune;
- 3) d'organiser le transport des malades. Ne sont toutefois pas de son ressort l'acquisition et l'entretien d'aéronefs et de véhicules pour transports difficiles ou autres véhicules spéciaux;
- 4) de prêter son concours à la lutte contre les maladies dentaires : campagnes d'information et de prévention, examen et traitement dentaires pour les habitants de la commune;
- 5) d'assurer des services d'hygiène scolaire en contrôlant l'état sanitaire dans les écoles élémentaires, secondaires du premier cycle, polyvalentes, secondaires du deuxième cycle et professionnelles publiques situées sur le territoire de la commune; de dispenser des soins aux élèves de ces établissements et de procéder à des examens spéciaux pour déterminer l'état de santé des élèves, comme il est précisé dans le règlement d'application.

Aux fins de la présente Loi, l'expression "habitant de la commune" s'entend de toute personne domiciliée dans la commune au sens de l'article 9 de la Loi sur les registres d'état-civil (141/69). L'expression "commune du domicile" s'entend de la commune dans laquelle la personne réside.

Art. 15. Chaque commune dispose d'un centre d'hygiène pour assurer les fonctions visées au premier alinéa (points 1 à 5) de l'article 14. Ces fonctions peuvent, le cas échéant, être dévolues à des centres auxiliaires ou assurées par des groupes mobiles.

Outre les fonctions susvisées, la commune peut confier au centre d'hygiène certaines tâches sanitaires qui lui sont dévolues en vertu d'autres lois.

Les communes peuvent aussi, avec l'agrément du Conseil national de la santé, convenir, avec des employeurs et des écoles autres que celles mentionnées au premier alinéa (point 5) de l'article 14, de confier au centre la responsabilité des soins d'hygiène qui incombent normalement à l'employeur ou à l'école.

Art. 16. Sont admis en priorité à occuper les lits d'hôpital dont dispose le centre d'hygiène les malades qui, eu égard à la nature de la maladie ou à la nécessité d'un examen, d'un traitement ou d'une rééducation, ou encore au stade atteint dans la convalescence, peuvent y être soignés avec le plus de profit. La personne dont l'état réclame d'urgence des soins médicaux que le centre d'hygiène est à même de lui dispenser y est admise d'office; lorsque le centre n'est pas équipé pour assurer l'examen et les soins requis, il adresse ou fait transporter cette personne à l'établissement hospitalier approprié.

Lorsque le traitement d'un malade d'une autre commune admis à occuper un lit du centre d'hygiène de la commune dépasse la durée moyenne de traitement, ou lorsque le malade en fait la demande, le centre d'hygiène le fait transférer dans un centre d'hygiène ou dans un autre établissement hospitalier géré par la commune du domicile du malade, si ce transfert peut être fait sans danger pour l'intéressé.

Art. 17. Il appartient à un médecin qualifié du centre d'hygiène de décider si le malade doit être soigné en dehors du centre, à domicile notamment, ou hospitalisé au centre. Le médecin peut aussi décider de transférer le malade dans un autre établissement hospitalier.

Art. 16. Le centre d'hygiène tient un registre de l'état de santé de quiconque vient y consulter un médecin ou tout autre membre du personnel, en reçoit la visite, ou est hospitalisé au centre. Il communique à tout établissement hospitalier qui en fait la demande les renseignements qu'il possède sur un malade soigné dans cet établissement; il peut aussi lui prêter le dossier ou lui en remettre copie. Lorsqu'une personne élit domicile dans une autre commune, son dossier est transféré au centre d'hygiène du nouveau lieu de domicile, sur demande de ce dernier.

Tout dossier de cette nature qui n'est pas conservé par quiconque a exercé, dans la circonscription du centre d'hygiène, la profession de médecin ou de dentiste, ou par un établissement privé de recherche ou de soins médicaux qui a cessé d'y exercer son activité, est versé aux archives du centre d'hygiène dans une section spéciale.

Art. 19. La commission locale d'hygiène établit tous les ans, pour les cinq années civiles suivantes, un plan concernant les activités de santé publique visées à l'article 14. Ce plan s'intègre dans le plan national approuvé par le Cabinet, comme il est dit à l'article 3. Il comprend, suivant les modalités fixées par voie réglementaire, un rapport détaillé sur l'étendue des activités de santé publique de la commune, leur nature et leur coût (création et entretien des services). Ce plan est approuvé par le conseil local et, après avis du conseil provincial, entériné par le Conseil national de la santé, auquel il doit être soumis dans les délais fixés par le Cabinet, comme il est dit à l'art. 3.

Le plan doit être entériné sans modifications sauf possibilité de rectifications mineures. S'il est contraire aux dispositions législatives ou réglementaires, ou ne s'intègre pas dans le plan national entériné par le Cabinet, ou laisse à désirer à tout autre égard, il est renvoyé pour nouvel examen. Si le Conseil national de la santé estime que la nouvelle décision du conseil local est, elle aussi, inacceptable pour les mêmes motifs, la question est soumise à la décision du Cabinet.

Les dispositions des premier et deuxième alinéas du présent article concernant l'établissement, l'approbation et la confirmation du plan d'activités demeurent applicables dans les cas où un plan entériné vient à être modifié, soit parce que le plan national entériné par le Cabinet est lui-même modifié, soit pour quelque autre raison.

Art. 20. Une directive sur la santé publique précisera l'organisation administrative des activités de santé publique dans la commune.

La directive régira notamment l'obligation qu'ont les médecins des centres d'hygiène, sur réquisition des autorités de police, de procéder à un examen de médecine légale, que ce soit l'examen clinique d'une personne vivante ou une autopsie, ainsi que leur obligation de procéder à l'examen médical des jeunes gens en âge d'accomplir leur service militaire, lorsque les autorités de recrutement en font la demande à la commission locale d'hygiène.

Le directive et les amendements y relatifs doivent être approuvés par le conseil local et entérinés par le Conseil national de la santé. S'agissant de cette dernière formalité, les dispositions applicables du deuxième alinéa de l'article 19 seront observées, étant entendu que la question sera soumise à la décision non du Cabinet mais du Ministère des affaires sociales et de la santé.

Art. 21. Les services sanitaires confiés à la commune et visés à l'article 14 sont gratuits, sauf s'il est décidé par voie réglementaire de demander aux malades une contribution pour le transport, les articles et produits utilisés pour le traitement et les appareils achetés par l'intermédiaire du centre d'hygiène, ainsi que pour les frais d'entretien au centre.

Art. 22. Lorsqu'un centre d'hygiène accueille un malade venu d'une autre commune, c'est le centre d'hygiène géré par la commune où le malade est domicilié qui prend à sa charge les frais médicaux.

Art. 23. Les frais d'examen, de traitement ou d'hospitalisation dans un centre d'hygiène d'un étranger qui n'est pas domicilié en Finlande au sens du deuxième alinéa de l'article 14, sont réglés par la caisse de l'Etat à la commune qui gère le centre.

Art. 24. Le Conseil national de la santé peut conclure, avec une commune qui gère un centre d'hygiène, des accords tendant à y faire soigner des membres des forces de défense ou d'autres personnels de l'Etat. Faute d'accord, le Ministre des affaires sociales et de la santé peut enjoindre à la commune de recevoir au centre d'hygiène ou d'y hospitaliser un nombre de malades qui soit compatible avec les besoins propres de la commune. Les frais de traitement de ces malades sont à la charge de l'Etat.

Art. 25. Sauf convention contraire, pour calculer les versements visés aux articles 22, 23 et 24, il est déduit du montant total des dépenses propres du centre d'hygiène pendant l'exercice précédent - majoré de 4 % pour tenir compte de l'amortissement du capital fixe - les sommes perçues par le centre pour l'examen et le traitement des malades et le montant effectif de la participation de l'Etat aux frais de gestion, ainsi que les autres recettes propres du centre. Toutefois, n'entrent pas dans ces recettes les contributions des communes ni les remboursements à recevoir de l'Etat, d'autres centres d'hygiène ou des communes en vertu du présent article. La différence est divisée par le nombre total des journées, en cas d'hospitalisation au centre, et par le nombre total des admissions pour examen ou traitement lorsqu'il s'agit des autres services du

centre. La somme ainsi obtenue est alors multipliée soit par le nombre des journées, soit par le nombre des admissions pour examen ou traitement du malade en question. A ce montant sont ajoutés les frais d'examen ou de traitement par journée d'hospitalisation ou ces mêmes frais journaliers pour les malades non hospitalisés, lorsque lesdits frais n'ont pas été réglés par le malade, alors même qu'ils auraient pu l'être en vertu de la présente Loi et de son règlement d'application.

Art. 26. Lorsqu'un élève visé au premier alinéa (point 5) de l'article 14 est amené à subir un examen spécial, au sens de ce même alinéa, dans le centre d'hygiène d'une commune où il n'est pas domicilié, les frais d'examen - frais de laboratoire, radiographies et autres examens prescrits par un généraliste ou un spécialiste - ainsi que les frais légitimes de voyage de l'élève et, le cas échéant, de la personne qui l'accompagne, sont remboursés à ce centre par le centre d'hygiène della commune du domicile.

Titre 4

Aide de l'Etat

Art. 27. La commune qui ouvre un centre d'hygiène bénéficie, pour son implantation et sa gestion, de subventions calculées selon le barème général de capacité contributive des communes :

capacité (catégorie)	Aide de l'Etat (en pourcentage)
1	70
2	66
3	62
4	58
5	54
6	51
7	48
8	45
9	42
10	39

Pour le calcul des frais de gestion qui servent d'assiette à l'aide de l'Etat, il est déduit du coût total la part des frais d'examen ou de traitement qui est acquittée par le malade lors de son admission au centre d'hygiène, et la part de ces frais qui est réglée au centre en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie. Sont également déduites les contributions versées par le personnel pour prestations en nature, les versements dus par une autre commune ou un syndicat de communes ou par l'Etat, ainsi que toutes autres recettes propres, à l'exception toutefois des frais acquittés par le malade en dehors de ceux mentionnés plus haut, des revenus d'opérations financières et des revenus provenant d'activités non subventionnées par l'Etat.

Dans les cas visés au quatrième alinéa de l'article 5 ou au deuxième alinéa de l'article 15, la contribution de l'Etat aux frais est régie par les textes applicables.

Les activités visées au troisième alinéa de l'article 15 n'ouvrent pas droit à une aide de l'Etat.

S'agissant des frais d'implantation d'un centre d'hygiène, y compris les frais supplémentaires dus à une majoration des coûts ou à toute autre raison légitime, l'aide de l'Etat est octroyée sur la base du barème de capacité contributive qui était en vigueur l'année où les projets d'implantation et d'achats ont été inclus, après approbation, dans le plan général d'aide de l'Etat.

Art. 28. S'agissant de l'aide de l'Etat à un syndicat de communes pour les frais d'implantation, la quote-part de chaque commune est proportionnelle au nombre de lits d'hôpital qu'elle se réserve.

Art. 29. S'agissant de l'aide de l'Etat à un syndicat de communes pour les frais de gestion, la quote-part de chaque commune correspond au montant des frais qui lui sont imputables pour les soins hospitaliers donnés à ses malades, sur la base des journées de lit et, pour les autres soins, sur la base des admissions dans les différents services du centre d'hygiène et des visites rendues à ses habitants par des membres du personnel du centre.

Art. 30. Par frais d'implantation, il faut entendre les frais liés à l'achat du terrain et des locaux nécessaires au fonctionnement du centre d'hygiène, des annexes et des bâtiments de service, administratifs et résidentiels, qui doivent être mis en état, aux travaux d'équipement (eau, égouts, électricité, climatisation, etc...) ou de raccordement, ainsi que les frais de construction de routes, d'enceintes, etc., y compris les frais administratifs connexes : études, gestion et surveillance. A ces frais s'ajoutent l'achat des machines, instruments, matériel, mobilier, moyens de transport pour les malades et autres biens meubles, ainsi que la constitution de stocks de médicaments, de linge et autres articles, et toutes autres mesures nécessaires à la mise en route du centre d'hygiène.

Sont assimilés aux coûts d'implantation les frais visés au premier alinéa qui sont liés à l'agrandissement, à la modernisation ou aux gros travaux de réfection de tout ou partie du centre, déduction faite toutefois de la valeur vénale des biens dont le centre n'a plus l'usage.

Art. 31. Par frais de gestion, il faut entendre les frais d'administration du centre, les traitements et pensions du personnel, leur sécurité sociale, les prestations en nature et les soins médicaux, les frais d'exploitation et d'entretien des biens visés à l'article 30 et, chaque année, l'achat et le renouvellement du matériel fixe et des objets mobiliers, du linge, des médicaments, etc. Il faut également entendre le coût des articles et services suivants : médicaments et pansements, autres articles consommables, nourriture, eau, chauffage, alimentation en électricité, blanchissage et nettoyage, loyers, assurances, sauf assurance-responsabilité civile, ainsi que travaux de recherche, de planification et de développement et tous autres frais liés au fonctionnement du centre d'hygiène.

Toutefois, s'agissant des soins médicaux à domicile, les frais de gestion ne comprennent que les frais occasionnés par les visites à domicile de membres du personnel du centre, et l'utilisation par eux, à cette occasion, des instruments et articles médicaux du centre.

Les frais de gestion mentionnés ci-dessus ne sont pas considérés comme frais d'administration de la commission locale d'hygiène.

Art. 32. Lorsque les frais d'implantation résultent de l'acquisition de biens destinés à remplacer des biens détruits ou endommagés par un incendie ou de toute autre manière, les indemnisations, les prestations d'assurance notamment, sont déduites de ces frais.

Si l'Etat n'avait contribué ni à l'acquisition des biens, ni au versement des primes d'assurance, les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables.

Art. 33. N'ouvrent pas droit à une aide de l'Etat les frais qui ne résultent pas de la mise en oeuvre d'un plan d'activités agréé ou la part des frais engagés qui dépasse un montant jugé raisonnable.

Il en va de même pour les frais d'amortissement et les frais d'emprunt.

Art. 34. Sauf dispositions contraires de la Loi relative aux effets des conventions collectives communales sur l'aide de l'Etat (62/70), les frais de personnel sont réputés nécessaires dans la mesure où ils correspondent à des activités dûment convenues et où les traitements, salaires et autres avantages assurés au personnel, compte tenu des prestations en nature et de leur contrepartie en espèces, ne sont pas supérieurs à ceux dont bénéficient les personnes qui s'acquittent de tâches similaires pour le compte de l'Etat, des communes ou des syndicats de communes. Les frais qu'entraîne le versement des pensions sont réputés nécessaires dans la mesure où l'emploi qui ouvre droit à pension avait lui-même été jugé nécessaire et où les prestations ne sont pas supérieures à celles que verse la Caisse des pensions communales.

Si le nombre des agents n'avait pas été inscrit dans le plan d'activités, la question peut être soumise, pour décision préalable, au Conseil national de la santé, lequel, se fondant sur les instructions générales du Ministère des affaires sociales et de la santé, décide des frais de personnel qui donnent droit à une aide de l'Etat.

Lorsqu'il est dérogé aux principes du premier alinéa touchant les traitements, salaires et autres prestations assurés au personnel, le gouvernement peut décider de réduire ou de supprimer l'aide de l'Etat dans la mesure où il y a divergence, après avis de la commission visée à l'article 2 de la Loi sur la participation de l'Etat aux dépenses de personnel dans les établissements médicaux (546/60).

Art. 35. Avant que les locaux du centre d'hygiène prévus dans le plan d'activités ne soient construits ou ne fassent l'objet d'importants travaux de transformation ou d'agrandissement, les plans de construction, de transformation ou d'agrandissement sont soumis à l'approbation du Ministère des affaires sociales et de la santé.

Art. 36. Pour que l'Etat participe aux frais d'implantation, les travaux d'implantation et les achats ne doivent pas avoir été entrepris avant que le Ministère des affaires sociales et de la santé, sur demande du Conseil national de la santé, ait autorisé leur inclusion dans le plan général d'aide de l'Etat.

Les dispositions de l'alinéa ci-dessus régissent aussi la participation de l'Etat aux frais de gestion d'un centre d'hygiène installé dans des locaux neufs ou entièrement remis à neuf.

Le Ministère des affaires sociales et de la santé, s'il est convaincu du sérieux des motifs invoqués, peut octroyer une aide de l'Etat en vue du règlement total ou partiel des frais d'implantation des locaux d'un centre d'hygiène figurant dans le plan national et des frais d'achat connexes, alors même que les travaux d'implantation ou les achats auraient été entrepris avant d'être approuvés et inclus dans le plan visé au premier alinéa du présent article.

Lorsqu'une commune a projeté et décidé de construire ou de rénover entièrement des locaux destinés à abriter un centre d'hygiène, le Ministère des affaires sociales et de la santé peut, sur demande, décider que l'Etat participera aux frais de gestion après exécution du projet, alors même que la décision d'inclure les travaux d'implantation et les achats dans le plan général d'aide de l'Etat ne serait pas encore intervenue à cette date.

Art. 37. Après que le Ministère des affaires sociales et de la santé a inscrit les travaux d'implantation et le programme d'achats visés à l'article 36 dans le plan général d'aide de l'Etat, le Conseil national de la santé consent, sur le montant de l'aide octroyée, des avances correspondant au progrès des travaux et des achats, et verse le solde lorsque les achats et les travaux ont été menés à bonne fin.

Art. 38. La contribution de l'Etat aux frais de gestion est payable rétroactivement et annuellement par le Conseil national de la santé. Les avances sont payables par mensualités égales au douzième du montant total de l'aide accordée par l'Etat l'année précédente. Le Ministère des affaires sociales et de la santé peut, pour raisons spéciales, décider d'augmenter ou de réduire le montant de l'avance.

La première année d'activités du centre d'hygiène, l'avance de l'Etat est fixée forfaitairement.

Art. 39. L'Etat peut, sur demande, accorder une aide supplémentaire à une commune dont la capacité contributive est faible et à laquelle les frais entraînés par l'application de la présente Loi imposerait une charge financière trop lourde.

Titre 5

Dispositions diverses

Art. 40. Le centre d'hygiène ne doit pas commencer à fonctionner tant que le Conseil national de la santé n'a pas donné son autorisation à cet égard et, s'agissant des lits d'hôpital, n'en a pas approuvé le nombre.

Art. 41. Si le Conseil national de la santé le juge opportun, il impose à la commune l'obligation de faire suivre à un agent de la santé publique, dans sa spécialité et au moins une fois tous les dix ans, une formation complémentaire, organisée ou approuvée par lui.

Art. 42. Les membres de la commission locale d'hygiène et les personnes nommées ou employées par elle ne doivent pas, à moins d'en avoir reçu l'autorisation, divulguer les secrets dont ils auraient eu connaissance de par leurs fonctions au sujet d'une personne ou de sa famille. Toute violation du secret professionnel est passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement de six mois au plus, à moins que la loi ne prévoie une peine plus sévère. Le Ministère public ne peut engager de poursuites que sur plainte de la partie lésée.

Art. 43. Si les activités du centre d'hygiène ne sont pas conformes aux lois et règlements en vigueur ou au plan agréé, ou si elles donnent lieu à des irrégularités auxquelles il n'est pas remédié dans les délais prescrits, le Conseil national de la santé peut suspendre les versements au titre de l'aide de l'Etat ou mettre fin au paiement des avances. Le Conseil peut, pour des raisons d'ordre sanitaire, ordonner la cessation de tout ou partie des activités jusqu'à ce qu'il ait été remédié à la situation.

Art. 44. Si les biens, mobiliers ou immobiliers, d'un centre d'hygiène dont les frais d'implantation ont été financés en tout ou en partie par l'Etat sont cédés à un tiers autrement qu'en vertu de la Loi sur l'entrée en vigueur de la présente Loi (c'est-à-dire de la Loi 67/72), ou s'ils cessent d'être utilisés pour les activités visées dans la présente Loi, ou encore s'ils ont changé de destination au point que, de l'avis du Conseil national de la santé, ils ne servent plus les fins de la Loi, l'Etat peut décider de racheter ces biens au prix qu'il juge équitable. En pareil cas, toute somme déjà versée au titre de l'aide de l'Etat est considérée comme venant en déduction du prix de rachat. La décision est prise et signifiée à qui de droit dans l'année qui suit la date à laquelle le propriétaire a signalé le changement au Conseil national de la santé ou la date à laquelle ce dernier en a eu connaissance et a avisé le propriétaire de ce fait.

Ce droit de rachat n'existe pas si le Conseil national de la santé a donné son accord au changement visé ci-dessus. En pareil cas toutefois, l'Etat a droit à une part de la valeur des biens proportionnelle à sa participation aux frais d'implantation, sauf si les pouvoirs publics accordent une exonération totale ou partielle.

Si la cession visée au premier alinéa intervient au profit d'une autre commune ou d'un syndicat de communes qui ont bénéficié d'une aide de l'Etat pour leurs frais d'implantation, le montant de cette aide et le montant payable à l'Etat en vertu du deuxième alinéa peuvent venir en déduction l'un de l'autre.

Art. 45. Les biens (terrain, bâtiments et biens mobiliers) visés à l'article 44 sont comptabilisés à leur valeur au moment de l'achat, moins une somme raisonnable pour dépréciation et amortissement.

La valeur des biens et le montant de l'indemnisation sont fixés par une commission composée d'un président nommé par le Ministère des affaires sociales et de la santé et de quatre autres membres, dont deux sont nommés par le Conseil national de la santé et deux par la commune ou le syndicat de communes intéressés.

Art. 46. Les biens mobiliers et immobiliers d'un centre d'hygiène dont les frais d'implantation ont été payés, en tout ou en partie par l'Etat, doivent être assurés contre l'incendie pour leur valeur intégrale.

Le Ministère des affaires sociales et de la santé peut, sur demande et aux conditions qu'il fixe, dispenser de l'obligation qui précède.

Art. 47. Il peut être interjeté appel devant le Conseil provincial de toute décision d'une commission locale d'hygiène dans les trente jours qui suivent la signification de la décision.

La clause qui précède n'est pas applicable en cas de conflit avec d'autres dispositions législatives ou réglementaires concernant ou interdisant les appels, ou lorsque la décision peut, en vertu de la Loi sur les communes (642/48), être déférée au conseil communal ou au conseil du syndicat de communes.

La décision de la commission mentionnée à l'article 45 peut faire l'objet d'un appel devant le Conseil provincial dans les trente jours qui suivent la signification de la décision.

Les appels des décisions du Conseil provincial font l'objet de dispositions législatives distinctes.

Art. 48. Toute décision de la commission locale d'hygiène peut être appliquée avant d'être exécutoire en droit, ainsi qu'il est dit à l'article 209 de la Loi sur les communes. En tout état de cause, l'appel n'est pas suspensif s'il y a péril en la demeure, ou si des raisons de santé publique interdisent de surseoir à l'application de la décision et si la commission locale d'hygiène en a prescrit l'exécution immédiate.

Art. 49. Les modalités d'application de la présente Loi feront l'objet d'un règlement d'administration publique.

Art. 50. L'entrée en vigueur de la présente Loi fera l'objet de dispositions distinctes.

Avec l'entrée en vigueur de la présente Loi sont abrogés : la Loi du 9 mars 1951 sur les soins de santé publique (141/51), la Loi du 31 mars 1944 sur les infirmières des services communaux de santé (220/44), la Loi du 31 mars 1944 sur les centres communaux de protection maternelle et infantile (224/44), la Loi du 31 mars 1944 sur les sages-femmes communales (223/44), les articles 7 à 9

87 et 88 de la Loi du 27 août 1965 sur la santé publique (469/65), la Loi du 31 octobre 1952 sur la nomination de médecins dans les écoles élémentaires (362/52) et la Loi du 17 mai 1956 sur la nomination de dentistes dans les écoles élémentaires (297/56), ainsi que toutes les modifications apportées à ces Lois.

Nonobstant les dispositions de la présente Loi, la Loi du 9 mars 1951 portant dissolution des hôpitaux de district et des hôpitaux pavillonnaires (142/51) est applicable à l'aide fournie par l'Etat pour les services d'hospitalisation des centres d'hygiène, si ces services ont été formés à partir d'un hôpital communal visé dans ladite Loi.

Fait à Helsinki, le 28 janvier 1972

Le Président de la République, Urho Kekkonen

Le Ministre des affaires sociales et de la santé, Alli Lahtinen.

LOI SUR LA SANTE PUBLIQUE

Exposé des motifs

Pour tenir compte des dispositions relatives à la construction des centres hospitaliers, nous avons, au cours des dernières décennies, fait porter notre effort de santé publique sur la construction d'hôpitaux. Il est devenu bien plus facile de se faire soigner à l'hôpital, car nous avons construit aussi bien des hôpitaux régionaux et locaux que des centres hospitaliers, tout en agrandissant les établissements existants. La mise en oeuvre du programme de construction prévu dans la Loi sur la construction des centres hospitaliers (337/50) a exigé un gros effort de la part des collectivités. Les dépenses de santé publique ont augmenté plus rapidement que le produit national. A l'heure actuelle - alors que le programme de construction prévu par la Loi est encore inachevé - nos dépenses de santé s'élèvent à 6 % environ de notre produit national brut. Comme la santé publique met en jeu toutes les activités destinées à promouvoir et protéger la santé, à prévenir les maladies et à les guérir ainsi que les activités de rééducation médicale, le développement des soins dispensés dans les hôpitaux ne peut suffire à lui seul à améliorer l'état de la santé, comme en témoignent les statistiques de mortalité et de morbidité pour la population d'âge actif.

La pyramide des âges de notre population nous a aidés au point de vue des soins sanitaires car la proportion des enfants est relativement élevée, et celle des personnes d'âge actif l'une des plus élevées du monde. Comme le nombre des personnes âgées est relativement faible, le taux général de mortalité de la Finlande est bas comparé à celui d'autres pays industrialisés. Par contre, la mortalité par groupes d'âges est la plus élevée d'Europe tant pour les hommes que pour les femmes. En outre, l'évolution dans ce domaine est alarmante. De 1957 à 1967, la mortalité féminine a diminué légèrement dans tous les groupes d'âges, mais la mortalité masculine a augmenté dans tous les groupes à partir de 40 ans.

L'état de la santé publique ressort aussi de l'espérance de vie. Celle d'un nouveau-né en Finlande est de 65 ans $\frac{1}{2}$ pour les garçons et de 72 ans $\frac{1}{2}$ pour les filles, ce qui place la Finlande aux 21ème rang et 13ème rangs respectivement en Europe. Quant à l'espérance de vie des personnes de 40 ans, on voit, d'après les données les plus récentes, que les Finlandais se classent très mal sur le plan européen, les hommes au dernier rang et les femmes au 23ème.

Les seules statistiques de mortalité pour lesquelles la Finlande soit bien placée sont les statistiques de mortalité infantile et de mortalité liée à la maternité. Ces chiffres sont bas et baissent sans cesse; cela vient sans doute de l'élévation du niveau de vie, mais aussi, pour une part, de la mise en oeuvre dans le domaine de la protection maternelle et infantile, d'un programme efficace de prophylaxie et d'éducation sanitaire et de la création, à l'échelon national, d'une organisation publique qui dispense ses soins gratuitement.

Les chiffres de mortalité que nous venons de donner pour la Finlande ne reflètent pas les différences qu'il y a d'une région à l'autre. La mortalité et la morbidité sont sensiblement plus élevées dans l'Est et le Nord du pays que dans le Sud-Ouest et le Sud. Cela vient en partie de ce que les maladies contractées dans l'Est et le Nord deviennent plus souvent chroniques ou ont plus souvent une issue fatale.

Les statistiques de mortalité ne révèlent qu'un aspect de l'état inquiétant de la santé publique. Les statistiques de morbidité et d'invalidité ainsi que les enquêtes sanitaires montrent qu'il y a plus d'un million de malades chroniques en Finlande, et qu'une pension d'invalidité est versée à ce qui, d'un point de vue international, représente un pourcentage anormalement élevé de la population d'âge actif.

Les remarques qui précèdent prouvent que, comme nous l'avons déjà dit, le progrès des soins médicaux dispensés dans les hôpitaux ne suffira pas à lui seul à améliorer l'état de la santé publique; il faudra aussi faire intervenir d'autres services sanitaires qui, s'ajoutant au système hospitalier, constitueront le dispositif d'ensemble indispensable au bon fonctionnement des activités de santé publique. Nous arriverons peut-être ainsi, mieux que par d'autres moyens, à freiner la hausse des dépenses hospitalières. Mais cela prendra du temps car le développement de ces autres services sanitaires risque, dans certains cas tout au moins, d'augmenter les besoins en soins hospitaliers. Il est probable aussi que, de ce fait, un nombre croissant de personnes gravement malades seront soignées à l'hôpital. La tâche des hôpitaux en deviendra encore plus lourde et plus lourdes aussi leurs dépenses directes. Inversement, on peut penser qu'à plus long terme, on aura relativement moins besoin de lits d'hôpital, ce qui aura un effet favorable sur les coûts.

Si nous examinons la part de la santé publique dans le produit national brut, nous voyons qu'elle est passée de 3,0 % à 5,1 % de 1954 à 1969. Les communes assument déjà la plus grande partie de ces charges. Les frais de santé publique se répartissent essentiellement entre les communes et l'Etat. Les bénéficiaires paient eux-mêmes une part des services qu'ils reçoivent, de même que la Caisse nationale des pensions depuis l'adoption de la Loi sur l'assurance-maladie.

De 1960 à 1967, les dépenses de santé ont augmenté en moyenne de 17 % par an, surtout à cause de la hausse des dépenses hospitalières, lesquelles représentent actuellement 85 % des dépenses de santé. Il n'est guère possible, du moins à court terme, d'infléchir la courbe des dépenses hospitalières. Les décisions déjà prises perpétuent en effet ce mouvement ascendant. La décision de construire entraînera un accroissement des frais de gestion une fois les travaux de construction achevés. La décision de former du personnel aura pour effet d'augmenter les dépenses de personnel.

On a, à partir d'hypothèses différentes, calculé l'augmentation des dépenses de santé : 402 ou 711 millions de marks, suivant l'hypothèse choisie, pour les années 1969-1974. La part des dépenses hospitalières dans cette augmentation serait, selon le cas, de 367 ou de 676 millions de marks. De même, l'accroissement des dépenses pour les services sanitaires extra-muraux serait de 34 millions de marks. Il faudra à l'avenir diriger le personnel sanitaire qui entre sur le marché du travail vers tel ou tel secteur selon les besoins. L'affectation des médecins, en particulier, est un facteur qui influera sur l'évolution des coûts. Selon les prévisions et certaines décisions sur l'éducation qui ont déjà été prises, il y aura chaque année 324 médecins de plus que l'année précédente jusqu'à 1975, et 520 par la suite. Les nouveaux médecins ont généralement trouvé un emploi dans le système hospitalier.

En dirigeant un pourcentage plus élevé des médecins nouvellement diplômés vers les services sanitaires extra-muraux, on pourra, malgré un personnel plus nombreux, réduire l'ensemble des dépenses.

Comme le montre ce qui précède, les activités de santé publique, qui visent à protéger et à promouvoir la santé de la population, englobent les soins d'hygiène, la salubrité de l'environnement, les soins médicaux et les activités connexes. Ces activités sont régies par un grand nombre de lois. L'administration générale de la santé publique et le personnel qui en est chargé, les activités de santé publique qui intéressent l'individu et son environnement et les soins médicaux dispensés ailleurs que dans les hôpitaux, sont régis non seulement par la Loi sur la santé publique (hygiène et environnement, 469/65), mais aussi par la Loi sur la pratique de la médecine (141/51), la Loi sur les infirmières des services communaux de santé publique (220/44), la Loi sur les sages-femmes communales (223/44), la Loi sur les centres communaux de protection maternelle et infantile (224/44), la Loi sur les médecins des écoles élémentaires (362/52) et la Loi sur les dentistes des écoles élémentaires (297/56).

Certaines dispositions concernant la lutte contre les maladies figurent non seulement dans la Loi susmentionnée relative à la santé publique (469/65), mais aussi dans la Loi sur les vaccinations (361/51), la Loi sur les maladies vénériennes (52/52) et la Loi sur la lèpre (638/45). Il est aussi question du contrôle de l'hygiène dans la Loi sur les denrées alimentaires (526/41), la Loi sur l'inspection du lait (558/46), la Loi sur l'inspection de la viande (160/60), la Loi sur la protection contre les rayonnements (174/57), et la Loi sur la sécurité du travail (299/58). Pour le système hospitalier, la Loi sur les hôpitaux généraux de commune (561/65) et la Loi sur les centres hospitaliers universitaires (392/56) contiennent, outre les clauses sur les soins hospitaliers, des dispositions qui ne s'appliquent qu'aux services de consultations externes de certains hôpitaux, tandis que la Loi sur la tuberculose (355/60) et la Loi sur les malades mentaux (187/52) contiennent chacune des dispositions sur les soins de médecine préventive, les soins extra-muraux et les soins hospitaliers dans les domaines qui leur sont propres.

Comme les textes relatifs à la santé publique ont été rédigés à diverses époques, on n'est pas parvenu, lors de l'adoption des différentes Lois, à mettre au point un cadre suffisamment cohérent à l'intérieur duquel il eût été possible de planifier et d'exécuter l'ensemble des activités de santé publique, aussi bien nationales que communales. Les dispositions pèchent aussi sur bien des points essentiels et sont donc inapplicables dans les conditions actuelles. Le médecin de commune travaille souvent dans de bien moins bonnes conditions que ses collègues, si bien que trop peu de médecins vont exercer dans les communes, en particulier dans les communes les plus reculées. La Loi prévoit que l'Etat accorde une aide aux médecins de commune, mais cette aide est minime et le gros de leurs ressources provient des honoraires qu'ils demandent. Leurs services sont finalement plus onéreux que ne le serait l'hôpital, si bien que beaucoup de malades qui pourraient fort bien recevoir des soins extra-muraux s'adressent aux hôpitaux et à leurs services de consultations externes. Le présent projet de loi se limite aux activités de santé publique qui concernent l'hygiène et les soins

médicaux et, s'agissant des fonctions connexes, n'est applicable qu'à défaut d'autres dispositions légales. Pour le reste, il existe des lois distinctes, la Loi sur la santé publique (hygiène et environnement) par exemple.

Loi sur la santé publique

Le projet de loi vise avant tout à axer la politique sanitaire du pays sur les soins d'hygiène et les soins médicaux extra-muraux en favorisant, grâce à des dispositions administratives et financières appropriées, l'extension rapide et ordonnée du système communal de soins médicaux de base.

A cette fin, on a regroupé toutes les dispositions éparses relatives à la santé publique en un texte unique, la Loi sur la santé publique, qui traite des obligations des communes, du financement et de l'administration.

Le Conseil national de la santé doit exercer ses hautes fonctions de direction même sur le plan de l'administration régionale, et assurer le contrôle et la surveillance de l'action sanitaire des communes.

En vertu de la Loi du 30 décembre 1970 sur l'administration de district des soins sanitaires et médicaux (839/70), les conseils provinciaux, chacun dans son ressort, administrent les services sanitaires et médicaux, sous la tutelle du Conseil national de la santé. On a donc inclus dans le projet de loi un article (article 4) qui confie au conseil provincial, assisté au besoin d'un conseil consultatif, le soin de diriger et de surveiller, sous l'autorité du Conseil national de la santé, les activités de santé publique dans la province.

Dans le projet, l'organisation des activités locales de santé publique reste à la charge des communes, conformément à la législation en vigueur. Dans certains cas, il se peut que les communes aient intérêt à se grouper pour gérer ces activités. Il faudrait arriver à ce que les services de santé publique gérés directement par une commune desservent de 10 000 à 13 000 habitants. On a calculé en effet que ces tâches exigent de 4 à 6 médecins, 3 étant un strict minimum. On considère que, sauf exceptions, une commune de moins de 8 000 habitants n'est pas à même de gérer seule les activités de santé publique dont les communes ont la responsabilité directe. Le projet de loi laisse donc les communes libres de former des syndicats de communes. Avec l'accord du Conseil national de la santé, une commune peut aussi s'entendre avec une commune voisine afin de lui confier la responsabilité d'une partie de son territoire pour les activités visées dans le projet. Si les communes n'acceptent pas cette coopération, alors qu'elle est jugée indispensable, l'Etat est en droit de les y contraindre.

Il faut favoriser et intensifier de diverses manières les plans d'action sanitaire. Le projet de loi confie donc au Conseil national de la santé le soin de préparer un plan national de santé publique. Ce plan doit être établi pour les cinq années civiles suivantes, et doit être adapté et modifié chaque année. Il doit être approuvé par l'Etat. Comme il faut améliorer la planification à l'échelon communal aussi, - et ce compte tenu de la situation locale - le projet de loi contient une clause relative à un plan d'action sanitaire au niveau de la

commune (article 19). Ce plan doit être agréé par le Conseil national de la santé dans les délais fixés par le gouvernement, ce qui devrait permettre de s'assurer que les plans d'action des communes s'intègrent bien dans le plan national. Celui-ci, tout comme les plans communaux, fixera en détail et pour cinq ans la nature et l'étendue des activités de santé publique. Comme les services sanitaires et les services sociaux se recoupent en bien des points, il est bon que les autorités qui en sont chargées établissent le plan national et les plans communaux en étroite collaboration. L'organisation des services de santé de la commune doit être précisée dans un règlement (article 20) qui doit lui aussi être soumis à l'approbation du Conseil national de la santé. Ce règlement indiquera en outre comment organiser au mieux la coopération entre les commissions locales d'hygiène et les commissions sociales.

L'autorité chargée des activités locales de santé publique sera la commission locale d'hygiène, nom qui se substituera à celui de "conseil sanitaire", car il correspond mieux à la réalité. Pour rendre sa tâche plus aisée, la commission sera divisée en deux sections. Etant donné les différences qu'il peut y avoir d'une commune à l'autre, il est bon toutefois de laisser à la commune la possibilité de déroger aux dispositions de la Loi qui concernent l'organisation des services communaux. Dans une petite commune, la commission d'hygiène pourra donc continuer à fonctionner sans se scinder en deux sections, tout comme il peut être possible d'envisager plus de deux sections quand il s'agit de grandes communes. Aux tâches qui sont confiées aux commissions locales d'hygiène par le présent projet, s'ajouteront les tâches dévolues par d'autres lois aux conseils sanitaires. Lorsque c'est un syndicat de communes qui est chargé des activités de santé publique, il nomme une commission locale d'hygiène au nom des communes membres, lesquelles s'interdisent alors d'en avoir aucune autre. En pareil cas, le syndicat se charge aussi de l'action sanitaire confiée aux communes par d'autres lois.

Les dispositions du projet qui traitent des obligations sanitaires de la commune (article 14) s'écartent des dispositions actuelles en ce sens qu'elles ne réglementent pas le statut ni les devoirs des agents de la santé publique. L'intention du législateur en effet est de laisser à la commune le soin d'incorporer ces questions dans ses règlements et directives.

S'agissant de l'action sanitaire en faveur de l'individu, la commune sera chargée d'assurer les services consultatifs (point 1 du 1er alinéa de l'article 14). Notre intention est d'élargir peu à peu son rôle dans ce domaine et de lui confier non seulement la protection maternelle et infantile mais aussi d'autres formes de services consultatifs d'hygiène, avec examens médicaux, à l'intention des habitants de la commune. A intervalles réguliers auront lieu des consultations gratuites où il sera possible de subir un examen médical avant de demander conseil à propos de la contraception, de la grossesse ou de la naissance; ces consultations seront aussi destinées aux parents de nouveaux-nés et d'enfants d'âge pré-scolaire. De même, on organisera pour les personnes d'âge actif des consultations distinctes, car celles-ci sont un aspect essentiel de l'action sanitaire de la commune, même si l'employeur s'est vu imposer certaines obligations à cet égard. Outre les services réguliers dont nous venons de parler,

il faudra, suivant les besoins, organiser des services de consultation temporaires, périodiques ou ad hoc. Auparavant, on aura normalement procédé à un examen de tout ou partie de la population de la commune pour dépister les maladies avant qu'elles n'aient atteint le stade où l'apparition des symptômes alerte généralement le malade. Comme le plan d'action sanitaire de la commune doit comprendre un état détaillé des services consultatifs d'hygiène et des examens sanitaires requis, il devrait être facile de diriger et de surveiller l'organisation de ces services.

Pour ce qui est des soins proprement médicaux, l'obligation faite à la commune par le plan national se limite aux responsabilités suivantes : examen par un généraliste, traitement par lui ou sous sa surveillance, rééducation médicale et premiers secours sur le territoire de la commune. Les lits du centre d'hygiène sont réservés en principe aux malades chroniques qui peuvent y recevoir de meilleurs soins; néanmoins, quelques-uns d'entre eux pourront être occupés par des malades qui ont besoin de soins de courte durée pouvant leur être donnés par des généralistes.

La commune doit aussi assurer le transport des malades, mais n'est pas tenue d'acheter et d'entretenir des aéronefs, véhicules pour transports difficiles ou autres véhicules spéciaux.

Aux termes du projet, la lutte contre les maladies dentaires ne s'arrêtera plus aux campagnes d'information et de prévention mais comprendra examens et soins dentaires pour les habitants de la commune (point 4 du 1er alinéa de l'article 14). La commune organisera donc les soins dentaires sur le modèle des soins médicaux. Les premiers à bénéficier de cette campagne plus intensive de lutte contre les maladies dentaires devront être les habitants de la commune de moins de 17 ans. Cette mesure s'impose car on a constaté que les enfants qui entrent à l'école élémentaire ont déjà les dents permanentes abîmées. Or, dans l'état actuel des choses, une fois qu'ils ont quitté l'école élémentaire, ils ne sont plus officiellement suivis au point de vue dentaire et on a constaté qu'ils perdaient par la suite presque tout le bénéfice des soins reçus. Résultat qui est regrettable aussi bien d'un point de vue sanitaire que d'un point de vue économique.

A l'heure actuelle, les soins médicaux scolaires ne sont obligatoires que dans les écoles élémentaires et, le cas échéant, dans les écoles communales polyvalentes et les classes du secondaire qui correspondent à l'école polyvalente; cet état de choses laisse à désirer. Nous proposons donc de faire bénéficier des soins non seulement les écoles polyvalentes qui vont englober les écoles élémentaires, mais aussi les écoles secondaires du deuxième cycle et les écoles professionnelles publiques.

Pour que l'action sanitaire de la commune soit aussi efficace et utile que possible, il faut rassembler ses divers aspects pour en faire un tout. Il ne suffit pas d'améliorer le système actuel des médecins de commune en les amenant à pratiquer la médecine de groupe; ce qu'il faut, c'est une réforme de structure. De la sorte, le personnel employé dans les services communaux de santé publique,

et dont les traitements constitueront le gros des dépenses de santé, pourra être affecté avec un maximum d'efficacité et de souplesse aux différentes tâches confiées au centre d'hygiène. La centralisation proposée permettra aussi de diminuer les frais d'implantation.

Outre les fonctions mentionnées dans le présent projet, la commune peut confier au centre d'hygiène certaines tâches de santé publique prévues dans d'autres lois. Toutefois, nous n'avons pas cru devoir obliger une commune ou un syndicat de communes à se charger des soins sanitaires dans des écoles de son ressort autres que celles mentionnées plus haut, non plus que sur les lieux de travail; mais nous avons pensé qu'un employeur ou une école pourraient, s'ils le jugeaient bon, s'entendre avec la commune ou le syndicat de communes et lui demander, moyennant une rémunération fixée d'avance, d'assurer sur le lieu de travail ou dans l'école les soins sanitaires dont ils ont en principe la charge.

Lorsqu'un centre d'hygiène hospitalise un malade venu d'une autre commune, c'est le centre d'hygiène géré par la commune où le malade est domicilié qui prend à sa charge les frais médicaux. Les frais de traitement dans les services de consultations externes des centres d'hygiène sont réglés conformément à la Loi sur l'assurance-maladie. Quant aux étrangers non domiciliés en Finlande, leurs frais d'examen et de traitement ou d'hospitalisation dans un centre d'hygiène sont réglés, par la caisse de l'Etat, à la commune qui gère le centre.

Les conditions dans lesquelles le Conseil national de la santé peut, au nom d'un service de l'Etat, négocier avec une commune l'admission de malades de ce service dans le centre d'hygiène géré par la commune, ainsi que le mode de calcul des sommes dues en pareil cas (articles 22, 23 et 24 du projet de loi) font l'objet de dispositions analogues à celles de la Loi sur les hôpitaux généraux de commune (561/65).

Les honoraires perçus par les généralistes de commune pour les actes médicaux qu'ils accomplissent sont élevés comparés à ce que demandent les services de consultations externes d'hôpitaux dirigés par des spécialistes. La hiérarchie souhaitable entre le coût des soins de spécialistes et de généralistes n'existe pas, et il n'a pas été possible de s'appuyer sur une tarification des honoraires pour orienter la demande vers les généralistes, comme le voudrait une politique de santé bien comprise. Afin d'accélérer ce processus de réorientation, nous proposons de supprimer le système actuel d'honoraires qui fait que les malades, en particulier ceux dont les ressources sont limitées, hésitent à consulter.

Afin de canaliser les fonds provenant du régime de l'assurance-maladie vers les centres communaux d'hygiène, et de remédier aux inégalités qui existent d'une région à l'autre en matière de services sanitaires, le gouvernement compte déposer en même temps que le présent projet sur la santé publique, un projet de loi portant modification de la Loi sur l'assurance-maladie et prévoyant le versement direct aux centres d'hygiène des remboursements au titre de cette assurance.

Aux termes du présent projet, les services de santé confiés à la commune et énumérés à l'article 14 seront gratuits, si ce n'est que pour le transport en

ambulance, les produits utilisés pour le traitement, les appareils et articles obtenus par l'intermédiaire du centre d'hygiène et les frais d'entretien du malade hospitalisé au centre, une contribution pourra être demandée au malade, s'il en est ainsi décidé dans le règlement d'application. Les soins médicaux mentionnés au point 2 du 1er alinéa de l'article 14 de la Loi sur la santé publique ne seront donc pas gratuits du jour de l'entrée en vigueur de ladite Loi, mais à partir de 1980 seulement. D'ici là, le malade devra verser lui-même des honoraires et une contribution fixés par le règlement d'application (article 3 de la Loi sur l'entrée en vigueur de la Loi sur la santé publique). Lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur la santé publique, l'examen et les soins dentaires ne seront gratuits que pour les personnes âgées de moins de 17 ans. Médicalement parlant, c'est là une mesure insuffisante, qui devrait être étendue aux personnes plus âgées. Comme la chose est impossible actuellement, les dentistes étant trop peu nombreux, la gratuité des examens et soins dentaires sera étendue aux habitants de plus de 17 ans aux dates et dans l'ordre qui seront fixés par règlement d'application.

Les fonctions de santé publique prévues dans le présent projet entraîneront pour l'Etat, sur la base des règlements actuels, des dépenses que l'on estime à 170 millions de marks pour 1972. Aux termes du projet, l'Etat contribuera aux frais d'implantation et de gestion des centres d'hygiène suivant le barème général de capacité contributive. Le pourcentage sera calculé selon le même barème que celui qui est appliqué pour l'aide de l'Etat à la gestion des hôpitaux, lequel a fait l'objet d'un projet de loi soumis au Parlement. Pour calculer ce pourcentage, qui est le même pour le système hospitalier et le système de santé publique, on est parti du principe, pour les activités de santé publique, qu'avant de fixer le montant de l'aide de l'Etat, on déduirait des frais de gestion du centre d'hygiène les sommes versées par les malades admis au centre et, dans les cas où la commune n'est pas payée par le malade mais remboursée au titre de la loi sur l'assurance-maladie, le montant de ces remboursements. Cette méthode correspond au système actuel, en vertu duquel les honoraires que les médecins des communes demandent aux malades pour examen et soins ne rentrent pas dans la catégorie des dépenses communales de santé ouvrant droit à une aide de l'Etat. Selon ce barème, les dépenses de l'Etat augmenteront de 62 millions de marks, dont 5.800.000 du fait du présent projet. Une extension des activités prévues dans le projet entraînera naturellement un accroissement des dépenses de l'Etat et de la commune. Il ne faut pas oublier, toutefois, que - le projet une fois adopté - toutes ses dispositions ne seront pas immédiatement appliquées à cause du manque de médecins et de dentistes, et qu'on ne pourra donner plus d'ampleur aux activités actuelles qu'à mesure de l'augmentation du nombre de ces praticiens. Les dépenses n'augmenteront donc pas brutalement mais d'année en année. Le plan national de santé publique doit d'ailleurs être approuvé par le gouvernement pour cinq ans, ce qui permettra aussi de progresser au même rythme que l'économie de l'Etat et des communes. Sur la base de ce qui précède, on peut évaluer l'accroissement annuel des frais des centres d'hygiène à 15 % environ les premières années. Dans les quelques années à venir, la part de l'Etat augmentera donc d'environ 25-30 millions de marks par an, suivant le développement plus ou moins grand de ces activités.

Aux termes de l'article 38 du projet, l'Etat participera aux frais de gestion des centres d'hygiène en versant chaque mois une avance égale au douzième du montant de l'aide accordée par lui l'année précédente. Cela veut dire que les communes toucheront une avance de 69 000 000 de marks la première année de fonctionnement des centres d'hygiène au titre d'activités pour lesquelles elles n'étaient pas subventionnées en vertu des lois actuelles. Comme les communes reçoivent une aide de l'Etat pour lesdites activités dans les débuts de la première année de fonctionnement des centres d'hygiène, aide calculée sur la base de l'année précédente, nous proposons que le système des mensualités soit adopté progressivement (article 16 de la Loi sur l'entrée en vigueur).

La gratuité des services du centre d'hygiène est le principe déterminant du projet. Renoncer immédiatement et totalement à facturer le moindre service ferait augmenter les dépenses de 25 à 30 millions de marks. Le gouvernement a présenté au Parlement un projet portant modification de la Loi sur l'assurance-maladie qui transférerait et ferait supporter ce supplément de dépenses au régime de l'assurance-maladie. Du jour où les services de santé publique seront gratuits il sera sans doute difficile de faire face à une demande accrue, étant donné le manque de médecins; nous proposons donc de procéder graduellement, de façon à arriver à la gratuité complète pour le 31 décembre 1979. Le montant des dépenses transférées au régime de l'assurance-maladie dépendra donc à la fois de l'abaissement des frais mis à la charge des malades et de l'extension des activités.

L'expérience que nous avons acquise avec les centres de protection maternelle et infantile a montré à l'évidence que des services de santé gratuits, fondés sur la prévention et un diagnostic précoce, aboutissent à la longue à diminuer les besoins en soins médicaux et à améliorer l'état de la santé publique. Le gouvernement se propose donc, durant le premier plan de cinq ans, de donner la priorité à une orientation sanitaire axée sur des campagnes d'information et des examens sanitaires de la population. Ces mesures ne sont pas très coûteuses et répondent donc bien au programme tel qu'il est conçu pour les premières années. Durant cette même période de cinq ans, les centres d'hygiène procéderont aussi à des travaux de recherche et à des enquêtes, afin de mettre au point les méthodes d'examen de masse qui sont indispensables pour élever le niveau général de la santé. Vers la fin de cette période de cinq ans, on tracera aussi les grandes lignes du développement des services médicaux et de réadaptation, ainsi que de la prévention et du traitement des maladies dentaires dans la commune. Toujours pendant cette première période de cinq ans, on s'efforcera de rationaliser la construction des centres d'hygiène et de trouver les solutions les plus fonctionnelles. S'il y a assez de médecins, on créera chaque année, pendant la première période de cinq ans, 70 nouveaux postes de médecins dans les centres d'hygiène. Il deviendra d'usage de confier aux centres d'hygiène le soin des malades chroniques.

Les règles définissant les frais d'implantation et les frais de gestion sont semblables à celles de la Loi sur les hôpitaux généraux de commune.

Entrée en vigueur

La réforme du système de santé publique en transformera très profondément les structures. Son application exigera bien des règlements détaillés qui n'auront plus de raison d'être quand les transformations auront eu lieu. Il importe donc de réunir les dispositions transitoires dans une Loi distincte.

Nous souhaiterions que la Loi sur la santé publique entre en vigueur le 1er avril 1972. Nous comptons auparavant prendre toutes les mesures que réclame son application. Les centres d'hygiène commenceront à fonctionner dès l'entrée en vigueur de la Loi. Le plan d'action visé à l'article 19 de la Loi sur la santé publique doit faire l'objet d'une procédure d'approbation qui ne sera vraisemblablement pas achevée lors de l'entrée en vigueur de ladite Loi; c'est pourquoi la Loi sur l'entrée en vigueur prévoit que le centre d'hygiène continuera, tant que le plan n'aura pas été approuvé, à s'acquitter des fonctions de santé publique dont il s'occupait déjà avant l'entrée en vigueur de la Loi. Les directives et les instructions agréées ou approuvées en vertu de Lois que nous souhaitons maintenant abroger continueront à être appliquées dans la mesure où elles ne sont pas en contradiction avec la Loi sur la santé publique, et ce jusqu'à l'adoption de nouvelles dispositions. Lorsqu'un hôpital local aura fermé par suite de la réforme, il n'y aura pas lieu de prévoir le remboursement à l'Etat du pourcentage de la valeur des biens correspondant à la mise de fonds initiale de l'Etat (article 5). Il en sera de même lorsque les biens de l'hôpital local seront cédés au centre d'hygiène d'une autre commune ou d'un syndicat de communes (article 6). En pareil cas toutefois, le prix de cession une fois fixé, il en sera déduit un pourcentage correspondant à la contribution financière qu'avait apportée l'Etat. La réforme entraînera la fermeture des hôpitaux locaux, à moins que le gouvernement n'en décide autrement dans le cas de tel ou tel hôpital, sur recommandation du Conseil national de la santé, et une fois entendus la commune ou le syndicat de communes intéressés (article 7). Seuls auront généralement le droit de poursuivre leur activité les grands hôpitaux locaux qui sont dirigés par des spécialistes et qui, étant comparables à des hôpitaux régionaux, n'auraient pas leur place dans l'activité des centres d'hygiène. Des arrangements transitoires seront sans doute nécessaires et on pourra notamment envisager d'agrandir un centre d'hygiène en louant un hôpital local, par exemple dans le cas où la coopération qui existe actuellement entre les communes n'a pas un caractère permanent (article 7). On continuera aussi en règle générale à se servir des locaux qui abritaient déjà des activités de santé publique. Il en sera de même des établissements dont les frais d'implantation n'ont pas été financés en tout ou en partie par l'Etat (article 9).

S'agissant du transfert à un poste correspondant d'agents permanents ou semi-permanents de la commune, du transfert à un emploi correspondant de travailleurs qui ont un contrat semi-permanent, et de leurs autres prestations, on a incorporé dans le projet, avec quelques modifications, les dispositions actuellement en vigueur dans certains établissements hospitaliers (articles 11-15). On se propose de nommer aux postes d'infirmière d'hygiène publique, une fois qu'ils seront créés, les infirmières des services communaux de santé et les sages-femmes communales.

En effet, notre intention est d'abolir les postes d'infirmières des services communaux de santé et de sages-femmes communales et d'affecter leurs titulaires aux futurs postes d'infirmières d'hygiène publique. On fixera dans un règlement d'application, en s'inspirant du barème des traitements et salaires des fonctionnaires, le montant de la rémunération des infirmières d'hygiène publique pouvant ouvrir droit à une aide de l'Etat.