

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

Suède, un système géré librement par les comtés

Sandrine Chambaretaud

Chargée de mission,
Commissariat général du plan

Diane Lequet-Slama

Chargée de mission sur les dossiers internationaux, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees)

Ce texte sur la Suède est le troisième et dernier volet d'une série d'articles consacrés aux systèmes de santé des pays nordiques de l'Union européenne.

Comme dans les autres pays nordiques, le système de santé suédois repose sur une couverture et un accès universels aux soins, un financement essentiellement assuré par l'impôt, une forte prédominance du secteur public — tant en ce qui concerne le financement que la fourniture des soins — et une structure très décentralisée.

Durant la crise économique des années quatre-vingt-dix, à la suite de la baisse des ressources publiques, la Suède a mené des réformes inspirées du New Public Management. Les principaux outils mobilisés ont été le renforcement du rôle des autorités locales dans l'organisation du système de santé, le recours à des modes de rémunération plus incitatifs pour les médecins généralistes et la séparation des acheteurs et des offreurs avec une mise en concurrence de ces derniers.

Actuellement, le système de santé suédois est confronté à des problèmes de coordination au sein d'un système extrêmement décentralisé et à la persistance de listes d'attente pour les soins hospitaliers qui conduisent à certaines inégalités d'accès.

Une organisation décentralisée au niveau des comtés

Les autorités locales jouent un rôle majeur, aussi bien dans l'organisation et la gestion du système de santé que dans son financement. Les trois quarts des dépenses de santé en Suède sont financés par la fiscalité locale.

Le comté est l'échelon essentiel en

matière de santé. Les 21 comtés sont, en effet, responsables de l'organisation et du financement du système de santé et de la fourniture des soins. La population des comtés varie entre 130 000 et 1,8 million de personnes. Outre la gestion des soins primaires, les comtés dirigent les structures hospitalières et autorisent l'installation de praticiens privés.

La prise en charge des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées relève des municipalités depuis 1992 (réforme Ädel). En 1995, les soins de longue durée aux malades mentaux ont également été confiés à la responsabilité des municipalités.

Comtés et municipalités sont gouvernés par des assemblées élues et disposent du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé. Ces dernières représentent en moyenne 85 % de leur budget. L'intervention de l'État central est limitée à certains domaines spécifiques tels que la définition des priorités, la détermination des grands objectifs de santé publique, la définition d'un panier de soins minimum, les procédures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments.

Un accès aux soins « filtré »

L'accès aux soins primaires est essentiellement assuré par des centres de santé locaux qui regroupent des médecins généralistes, des infirmières, du personnel paramédical. Les infirmières ont des responsabilités médicales plus étendues qu'en France. Elles peuvent adresser les patients à un médecin généraliste dans un dispensaire



Danemark, Suède, Finlande
Quelques données
sociodémographiques

Parmi ces trois pays, la Suède est celui qui compte la population la plus importante avec 8,9 millions d'habitants, contre 5,3 millions pour le Danemark et 5,2 millions pour la Finlande; c'est aussi le pays où la part des plus de 65 ans est la plus forte (17,4 % de la population en 2000), les personnes de plus de 65 ans en Finlande et au Danemark représentant environ 15 % de la population.

La densité de la population est particulièrement faible en Finlande (15 hab. par km²) et en Suède (20 hab. par km²), alors que le Danemark est relativement plus peuplé (122 habitants par km²). En termes de richesse, c'est au Danemark que le produit intérieur brut par tête est le plus élevé (29 340 euros en parité de pouvoir d'achat en 2000), la Finlande et la Suède ayant un produit intérieur brut par tête de l'ordre de 25 000 euros en parité de pouvoir d'achat en 2000. L'espérance de vie en 1999 était pour les hommes de 73,8 ans en Finlande, 74,2 ans au Danemark et 77 ans en Suède; pour les femmes, elle était de 79 ans au Danemark, de 81 ans en Finlande et de 81,9 ans en Suède.

Sources : OCDE-Ecosanté, OMS.

ou même directement à l'hôpital, mais elles exercent toujours sous la direction d'un praticien et leurs droits en matière de prescription médicale sont limités. Des tickets modérateurs existent pour la plupart des biens et services médicaux; ils sont d'un montant variable selon les comtés, mais limités par un plafond annuel fixé au niveau central.

Les patients accèdent aux soins de spécialistes et hospitaliers après une consultation avec un médecin généraliste ou dans un centre de soins primaires. L'instauration de la liberté de choix du patient lors de l'inscription sur la liste d'un médecin généraliste s'est accompagnée de l'introduction d'une composante capitation dans le revenu des médecins, traditionnellement salariés. L'objectif était d'inciter les médecins à fournir des soins de qualité afin de conserver leur clientèle.

Les délais d'accès aux soins secondaires sont parfois importants et la persistance de listes d'attente est un des problèmes majeurs du système de santé. Depuis 1993, les patients choisissent librement leur hôpital dans leur comté de résidence ou à l'extérieur si les soins qui leur sont nécessaires n'y sont pas prodigués.

L'offre de soins dans ce pays est proche de la moyenne européenne en ce qui concerne la densité médicale; elle est, en revanche, nettement plus faible pour le secteur hospitalier. La réduction du nombre de lits (pour l'ensemble des établissements) a été particulièrement marquée en Suède au cours des années quatre-vingt-dix. Selon les données de l'OCDE, le nombre de lits pour 1 000 habitants est passé d'environ 12,5 en 1990 à 3,6 en 2000.

La place du secteur public est prépondérante tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier. Les médecins généralistes sont, dans une forte majorité, employés par les centres de santé locaux; les autres généralistes exercent dans des centres de santé privés (12 %) ou très minoritairement en libéral (7 %). Bien que les comtés soient libres d'organiser leurs services de soins primaires, le centre de santé est resté l'unité de base sur l'ensemble du territoire, même s'il peut être géré désormais par des entreprises privées. Ce qui fait dire ironiquement au directeur de l'Institut suédois de la médecine de famille, le docteur Göran Sjönell, que « maintenant que la Russie a abandonné les centres de

santé, la Suède et la Finlande sont les seuls pays d'Europe où survit le vieux modèle soviétique »¹.

Le secteur hospitalier est majoritairement public, mais environ un cinquième de l'ensemble des lits appartient au secteur privé. C'est en Suède que le mouvement de privatisation initié par les réformes des années quatre-vingt-dix a été le plus important. L'extension du secteur privé a suscité de très nombreux débats, qui se sont accentués avec la vente, en 1999, par le comté de Stockholm, d'un hôpital à une entreprise privée.

Le modèle de Stockholm

Depuis la fin des années quatre-vingt, l'introduction de la concurrence dans les systèmes de santé est au cœur des débats politiques; elle est aussi au centre de nombreuses réformes dans les pays de l'OCDE. L'analyse de l'expérience suédoise de concurrence encadrée et de marchés internes permet de décrire l'une des modalités de l'introduction de la concurrence (qui peut, selon les pays, concerner les fonctions d'assurance et/ou de production de soins). Le « modèle de Stockholm » qui en est l'illustration la plus connue, fait référence aux réformes menées dans le comté de Stockholm au cours des années quatre-vingt-dix. Il faut noter que c'est grâce au caractère très décentralisé du système de santé suédois — marqué par l'autonomie importante des comtés dans la gestion et l'organisation du système de soins — que ces réformes ont pu être menées.

Traditionnellement rémunérés (par le comté) sur la base de budgets globaux, les hôpitaux de Stockholm ont été confrontés à des évolutions profondes durant les années quatre-vingt-dix. La principale et première évolution est le passage à une tarification à la pathologie. L'avantage de ce mécanisme de tarification par rapport au précédent est que toute admission ne se traduit plus simplement par un coût, mais aussi par un revenu supplémentaire pour l'hôpital; le principal inconvénient, c'est que le revenu généré par une admission est lié à la pathologie du patient, mais reste largement indépendant des actes et soins prodigués ainsi que de la durée de séjour.

1. Cité dans *The end of the beginning, The health care reform in Stockholm*, Timbro Health Policy Unit.

Très répandue depuis la fin des années quatre-vingt, la dissociation des fonctions d'achat et de production de soins s'est appuyée, dans le comté de Stockholm, sur cette modification du mode de rémunération des hôpitaux. La tarification à la pathologie s'est alors développée dans le cadre de contrats négociés entre le comté et les hôpitaux de ce comté.

La tarification à la pathologie a aussi permis d'accroître la liberté et le pouvoir des patients selon le principe « l'argent suit le patient ». Ce principe a un caractère incitatif fort : un patient qui n'est pas satisfait des services d'un hôpital (qualité des soins, listes d'attente, prestations hôtelières, etc.) peut se rendre dans un autre hôpital, que ce dernier soit situé ou non dans le comté de Stockholm. Le risque pour un hôpital de perdre sa principale source de revenus, en l'occurrence ses patients, est donc avéré. La mise en concurrence des hôpitaux est donc réalisée non seulement via les négociations sur les prix au niveau du comté (négociations qui reposent sur les prix proposés par les autres établissements), mais aussi par le « vote avec les pieds » des patients.

Cette mise en concurrence n'implique pas que les producteurs de soins relèvent du secteur privé dès lors qu'ils sont responsables de leur équilibre budgétaire mais, en revanche, elle permet de faire appel à des offreurs plus diversifiés. Dans le cadre des réformes récentes du secteur public durant les années quatre-vingt-dix, l'accent a largement été mis sur les avantages du mode de management des entreprises privées, réputé plus souple, plus réactif et plus efficient. Il n'est pas surprenant que, dans ce contexte, les conservateurs au pouvoir dans le comté de Stockholm, aient ouvert le marché des soins hospitaliers à des acteurs privés (à condition qu'ils soient accrédités).

1998 est la date emblématique de cette ouverture du marché des soins hospitaliers aux entrepreneurs, avec le rachat de l'hôpital de Saint Goran par Capio AB, une société privée cotée en Bourse. Toutefois, cette étape n'a été possible que par la modification du statut de Saint Goran, qui était devenu une institution autonome en 1994.

Il n'existe pas à ce jour d'évaluation réellement indépendante de l'impact de ce rachat. On peut simplement souligner que les socio-démocrates, revenus depuis

Les grandes étapes du modèle de Stockholm

- 1990** Mise en place de la tarification à la pathologie.
- 1992** La gestion de certaines unités de soins est confiée à des prestataires privés.
Les patients inscrits sur une liste d'attente depuis plus de trois mois sont autorisés à s'adresser à l'hôpital de leur choix.
- 1994** L'hôpital de Saint Goran devient une institution autonome soumise à une exigence d'équilibre budgétaire.
- 1998** Saint Goran est vendu à Capio AB, entreprise privée cotée en Bourse.
L'ensemble des soins médicaux (sauf les urgences) sont mis sur le marché.

au pouvoir dans le comté de Stockholm, n'ont pas modifié le statut de cet hôpital. Selon le Fraser Institute², les syndicats et les patients seraient plutôt satisfaits du mode d'organisation de l'hôpital Saint Goran.

En revanche, plusieurs études³ soulignent que la mise en concurrence (c'est-à-dire la combinaison d'une tarification à l'activité et de la liberté de choix des patients) a permis :

- de réduire les listes d'attente : entre 1992 et 1993, les délais d'attente ont été réduits de 22 % dans le comté de Stockholm ;
- de diminuer le coût de certaines prestations : baisse de 10 % du coût de transport des malades, de 40 % pour les actes de radiologie ;
- d'augmenter la productivité des hôpitaux dans une fourchette de 10 à 15 %.

Cependant, aujourd'hui la croissance des dépenses est à nouveau soutenue dans les hôpitaux de Stockholm. Tout se passe comme si la mise en concurrence avait été un aiguillon à la fois performant et éphémère. Deux explications principales à cet épuisement ont été avancées par les initiateurs du modèle de Stockholm. D'une part, la fermeture des établissements les moins efficaces est théorique : par exemple, la différence de productivité (mesurée par l'équivalent du point ISA) entre l'hôpital de Saint Goran et celui de Karolinska est supérieure à 16 % depuis de nombreuses années sans que des conséquences fortes

en aient résulté. Les hôpitaux déficitaires n'étant pas remis en cause, les incitations de la mise en concurrence sont largement atténuées. D'autre part, la mise en place d'enveloppes fermées au niveau du comté est incompatible avec la mise en concurrence : une fois le plafond atteint, l'accueil et le traitement de patients redeviennent une simple charge, sans transfert de ressources associé.

Les opposants à la mise en concurrence ont, quant à eux, une autre grille de lecture et insistent plutôt sur les stratégies d'« écrémage » de la clientèle mise en œuvre par les structures privées : ces dernières refuseraient ainsi de prendre en charge les cas les plus lourds, qui seraient orientés vers les structures publiques.

Ces débats ne sont pas sans rappeler ceux qui se tiennent aux États-Unis sur le Managed Care ou, plus proches de nous, les débats sur la comparaison des coûts entre établissements hospitaliers privés et publics.

Typologie des comtés

Johan Hjertqvist⁴ distingue trois groupes de comtés en fonction de leur organisation et de leur adhésion au modèle de Stockholm. Dans la première « famille » de comtés, qui comprend 9 comtés sur 21, c'est la politique du « *safety first* ». Les hôpitaux sont toujours financés par budget global, aucune expérimentation n'a été conduite pour en améliorer l'efficacité et la gestion, le secteur privé est encore peu développé. Ces comtés sont faiblement peuplés.

Dans la deuxième famille de comtés

2. *Public Policy Sources*, n° 59, 2002.

3. En particulier, Gerdtham U. G., Rehnberg C., Tambour M. *The impact of internal markets on health care efficiency: Evidence from health care reforms in Sweden*. Applied Economics, 1999.

4. Hjertqvist J. *The end of the beginning, the health care revolution in Stockholm*, Timbro Health Policy Unit, 2002.

(« *make haste slowly* »), qui en comprend quatre assez peu peuplés, si les hôpitaux restent toujours sous budget global, de nouveaux modèles de rémunération des praticiens sont expérimentés pour les soins primaires.

Enfin, dans le troisième type de comtés que l'auteur nomme « *Incentive believers* » et qui comprend les trois régions métropolitaines de Stockholm, Skane et West Götaland, des mécanismes de marché ont été introduits au sein du système de

santé et une séparation entre acheteurs et prestataires de soins est instaurée. Les hôpitaux sont financés sur la base des *diagnosis related group* et les praticiens de soins primaires sont rémunérés sur la base de diverses combinaisons. Quasiement la moitié des médecins exercent en pratique privée.

Des réflexions sur le niveau optimal de décentralisation

La place du comté dans la gestion du

système de soins est au centre des débats⁵. Échelon géographique trop petit pour gérer le secteur hospitalier, le comté serait, en revanche, pour beaucoup d'experts, une entité trop large pour diriger et coordonner les soins primaires. L'émergence tout récemment d'une nouvelle entité géographique, un comté régional élargi, créée par association de différentes aires métropolitaines (de Göteborg et Skaene) avec pour but de gérer plus efficacement les hôpitaux, a relancé les débats autour d'une éventuelle re-centralisation des soins secondaires. Parallèlement à cette régionalisation de l'hospitalisation dans la région sud du pays, une autre expérimentation se déroule actuellement dans la région de Vasterbotten où le conseil général du comté et plusieurs municipalités ont confié la gestion de tous les services sanitaires et sociaux, y compris le secteur hospitalier, à une agence dotée d'un seul directeur, comté et municipalités se retrouvant au sein du conseil d'administration de l'agence.

Cette recentralisation partielle intervient toujours au niveau des comtés et ne modifie pas le partage des responsabilités entre l'État et le comté. ■

Santé publique et prévention : des choix appuyés par des experts

La Suède a beaucoup développé le rôle de l'expertise dans la détermination des politiques de santé. Les grands axes de la politique de santé publique sont arrêtés par le ministère de la Santé. Toutefois, de plus en plus souvent, la préparation d'un document stratégique s'accompagne de la mise en place, pour une durée d'un an ou deux, d'une commission d'expertise *ad hoc* dont les objectifs sont spécifiés dans un document émanant du ministère de la Santé et des Affaires sociales.

Les commissions sont souvent constituées de membres du Parlement appartenant à la majorité gouvernementale et à l'opposition, de représentants des syndicats et d'organisations concernées par le problème, ainsi que d'experts du monde scientifique et de l'administration (5 ou 10 personnes au plus). Elles jouissent d'une grande liberté pour poursuivre leurs investigations. Lorsqu'il n'y a pas unanimité entre les membres quant aux propositions, le rapport final peut inclure un certain nombre de propositions alternatives. Ces commissions ont une grande influence, y compris au niveau local.

Comme dans les autres pays nordiques, les directives énoncées au niveau national sont appliquées de façon assez autonome par les conseils de comtés.

Un plan d'action national pluriannuel

La Suède mène une politique active de promotion de la santé inscrite dans un Plan d'action pluriannuel national qui a été présenté et débattu au Parlement suédois en 2002. Ce qui n'empêche

pas un certain désengagement de l'État central dans le domaine sanitaire. L'approche par pathologie a été abandonnée au profit d'une action sur les déterminants de la santé. Sur l'alcool, le Plan a pour ambition une diminution de la consommation d'alcool d'ici 2005, en axant sur le comportement des personnes qui ont une forte consommation d'alcool et en cherchant à empêcher les gens de devenir gros consommateurs. La nutrition figure en bonne place parmi les priorités d'action du gouvernement, au même titre que la promotion de l'activité physique.

S'agissant des programmes de dépistage, les conseils généraux décident librement de l'étendue de ces programmes. Tous les comtés organisent des dépistages du cancer du sein, à partir de 40 ans pour la majorité d'entre eux. L'Agence nationale de la santé et des affaires sociales (Socialstyrelsen) a émis une recommandation précise : les mammographies devraient être proposées à toutes les femmes de 40 à 74 ans, sur un intervalle d'un an et demi pour les femmes de moins de 55 ans et de 2 ans pour les femmes de plus de 55 ans.

Les dépistages du cancer du col de l'utérus ont débuté en Suède dans les années soixante. Ils sont organisés par les conseils généraux et varient, en ce qui concerne l'âge des femmes dépistées et l'intervalle des examens, en fonction des comtés. Mais, là encore, une directive nationale du Comité national de la santé recommande que les dépistages soient effectués tous les trois ans pour les femmes âgées de 51 à 60 ans. ■

5. Chambaretaud S., Lequet-Slama D. « Les systèmes de santé nationaux du nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix », in *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2004, numéro spécial « L'État providence nordique ».