

Les limites des systèmes de santé étatisés : l'exemple suédois*

par Valentin Petkantchin, chercheur associé à l'Institut économique Molinari

Face au dérapage des comptes publics et aux efforts du gouvernement visant à les redresser, le système de santé français restera dans la ligne de mire. Le risque est grand de voir son étatisation¹ s'accroître. Or, le cas de la Suède est fort instructif en la matière. Car, face à une crise des finances publiques au début des années 1990, les Suédois ont au contraire choisi de laisser plus de place au privé.

L'exemple suédois montre aussi qu'une fois fortement étatisé, un système de santé reste « à la merci » des changements de majorités politiques. La valse des réformes et contre-réformes y a été source d'insécurité réglementaire pour les professionnels de santé, pénalisant *in fine* les patients par des files d'attente généralisées.

LA MAÎTRISE COMPTABLE DES COÛTS DES ANNÉES 1980

Le système de santé suédois est historiquement un système fortement étatisé², aussi bien en ce qui concerne son financement que son fonctionnement. Ainsi, au début des années 1980, le financement public représentait 92,5 % des dépenses totales de santé³, via des impôts prélevés au niveau du gouvernement central et, dans une plus large mesure, des collectivités locales^{4,5}.

Le fonctionnement du système de soins suédois était aussi quasi entièrement étatisé. À la différence de la France, de l'Allemagne ou de la Suisse où la médecine libérale joue un rôle important, en Suède la fourniture de soins reposait principalement sur des monopoles publics locaux, i.e. des centres de santé et des hôpitaux publics, financés et gérés par les politiciens locaux. En règle générale, les médecins et les professionnels de santé étaient des fonctionnaires, salariés des conseils généraux. Environ 80 % des médecins travaillaient ainsi dans les hôpitaux publics⁶.



Enfin, les patients n'avaient aucune liberté de choix. Ils étaient assignés à un centre de soins primaires et à un hôpital en fonction de leur zone de résidence.

Réputé pour ses programmes sociaux généreux, le système de santé suédois est ainsi à l'époque l'un des plus coûteux au monde⁷. Or, avec la crise des années 1970 et son impact sur les finances publiques, les conseils généraux s'engagent alors dans une politique de « maîtrise comptable » des budgets globaux alloués à la santé au cours de la décennie 1980.

Résultat ? Si la croissance des dépenses publiques *per capita* s'est ralentie (+6,4 % entre 1980 et 1990, au lieu de +22,6 % entre 1970 et 1980⁸), cela s'est fait au prix d'une dégradation de l'accès aux soins. Comme le souligne un spécialiste, « dans la seconde moitié des années 1980, l'allongement des listes d'attente pour certains types de soins est devenu un enjeu politique important »⁹.

L'expérience suédoise des années 1980 montre en fait les limites

* L'IEM remercie Fredrik Erixon, économiste et auteur suédois, directeur du European Centre for International Political Economy (ECIPE) pour ses commentaires lors de l'élaboration de cette Note.

1. Voir à ce sujet Valentin Petkantchin, « L'inefficacité de la maîtrise publique des dépenses de santé en France », Institut économique Molinari, mars 2007, disponible à :

<http://www.institutmolinari.org/fr/inefficacite-de-la-maitrise>, 486.html.

2. C'est un système, dit d'inspiration « beveridgienne », à l'image de celui du Royaume-Uni. La différence est que, contrairement au système britannique, le système suédois est fortement décentralisé, ce qui permet plus de flexibilité au niveau de chaque comté, en particulier celle de déléguer au privé une partie plus ou moins grande de la fourniture de soins. C'est ainsi que le comté de Stockholm a pu se tourner vers le privé, contrairement à d'autres comtés qui gardaient leur ancien système public.

3. Source : OCDE, base de données sur la santé, 2001.

4. Depuis 1982, les conseils généraux des comtés sont en effet légalement chargés du financement, de l'organisation et de la fourniture des soins de santé sur leur territoire. Les paiements directs par les patients en frais modérateurs constituaient dans les années 1980 l'autre source de financement, celui par l'assurance privée étant négligeable à l'époque.

5. Voir Allan Krasnik et Bård Paulsen, « Reforming primary health care », in *Nordic health care systems*, ed. par Jon Magnussen *et al.*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2009, p. 244. Contrairement aux soins courants dont la responsabilité incombe aux comtés, les soins de longue durée et certains soins psychiatriques sont confiés en revanche aux municipalités respectivement par des réformes en 1992 et 1995. Dans cette note économique, l'analyse se limitera uniquement aux soins courants.

6. Voir A. Glenngård *et al.*, *Health Systems in Transition: Sweden*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2005, p. 16 (chiffre fin des années 1960).

7. Les dépenses publiques de santé *per capita* (en parité de pouvoir d'achat) étaient les plus élevées parmi les pays de l'OCDE. Quant aux dépenses totales de santé, elles représentaient ainsi 8,9 % du PIB en 1980, la Suède se situant juste derrière les États-Unis (9,0 %) ; source : OCDE, 2011.

8. Source : OCDE, 2012 ; calculs de l'auteur.

9. Åke Blomqvist, « Modèles internationaux de soins de santé : Suède », rapport fourni au Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie du Canada, 2001, p. 16 : disponible à : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/soci/rep/volume3ver5-f.pdf>.

inhérentes aux systèmes étatisés : soit les coûts des prestataires publics en situation de monopole deviennent incontrôlables (comme avant 1980), soit les politiciens essaient de les maîtriser de manière bureaucratique, mais auquel cas les soins — bien que théoriquement offerts à toute la population sur le papier — deviennent *de facto* indisponibles quand les patients en ont besoin.

L'EXPÉRIENCE DES ANNÉES 1990 ET LE « MODÈLE DE STOCKHOLM » : UNE PLUS GRANDE PLACE AU PRIVÉ

Le dérapage des finances publiques s'est fortement accéléré au début des années 1990. Comme le résume l'ex-ministre des Finances et Premier ministre, Göran Persson, à ce moment-là « la Suède vécut sa plus grave récession depuis les années 1930. Bref, en l'espace de 3 ans la dette publique doubla, le chômage tripla, et le déficit public fut multiplié par dix »¹⁰.

En réponse à ces problèmes budgétaires et face à l'insatisfaction croissante des Suédois qui subissent des files d'attente de plus en plus longues, la réforme consiste cette fois à laisser plus de place au privé et plus de choix aux patients.

Certains comtés — en particulier celui de Stockholm — ont pris le virage en ce sens.

Tout en étant financé par les impôts et supervisé de manière politique par les conseils généraux, le « modèle de Stockholm » repose sur l'introduction de trois éléments nouveaux dans la gestion du système de santé.

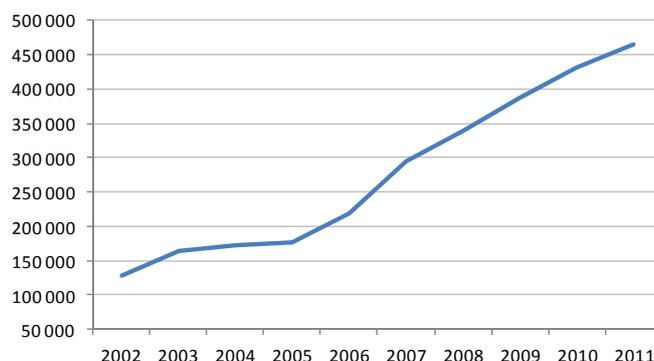
D'une part, au début des années 1990, une tarification à l'activité a été mise en place (financement DRG ou *Diagnosis-related groups*). L'objectif était pour les conseils généraux d'essayer de connaître le coût des différents soins et traitements, financés par eux.

D'autre part, la réforme a consisté en une séparation entre les fonctions d'« acheteur » et celle de fournisseur de soins (« purchaser-provider split »). En 1994, environ la moitié des conseils généraux avaient introduit une telle séparation sous une forme ou sous une autre¹¹. Cela permettait en théorie aux conseils généraux de se désengager de la planification et de la gestion au quotidien des hôpitaux ou des centres de soins. L'hôpital d'urgence St Göran a, par exemple, été transformé en société anonyme en 1994, en vue de sa privatisation ultérieure¹². Les professionnels de santé (médecins, infirmières, etc.) ont également été incités à prendre en charge la gestion des centres de soins où ils travaillaient ou à en ouvrir de nouveaux. En 1994, une loi autorise la liberté d'installation des médecins, contrôlée jusque-là par les conseils généraux¹³.

Enfin, les conseils généraux (« acheteurs de soins ») ont pu mettre

Figure 1

Augmentation du nombre de personnes disposant d'une assurance santé privée, 2002-2011



Source : Fédération suédoise de l'assurance, 2012.

en concurrence les prestataires de soins aussi bien publics que privés. Cette mise en concurrence devait être appliquée pour les soins primaires tout comme pour les soins hospitaliers.

Dans la région de Stockholm, ces réformes ont permis, en moyenne, des gains de productivité de l'ordre de 16 % entre 1991 et 1993 et une diminution sensible des files d'attente (-30 % en une seule année) grâce à des volumes de soins plus importants. Les coûts des soins ont connu une baisse allant de -10 % (transport ambulatoire) à -40 % (analyses laboratoires, radiographie)¹⁴. L'hôpital St Göran est devenu une référence en matière de gestion saine pour les autres hôpitaux¹⁵.

Parallèlement à cette réforme de l'offre des soins, les pouvoirs publics laissent aussi une plus grande liberté de choix aux patients en 1992. Ces derniers sont par exemple autorisés, s'ils n'ont pas pu être traités dans un délai maximal de 3 mois, à se faire soigner dans un autre centre de soins ou hôpital que celui de leur zone de résidence. En 1994, ils obtiennent aussi la liberté de choisir un médecin de famille.

Mais l'arrivée de nouvelles majorités politiques socialistes vont remettre en cause — et ce dès le milieu des années 1990 — les principes du « modèle de Stockholm », montrant par la même occasion les limites inhérentes à tout système fortement étatisé et financé par les impôts.

UN SECTEUR PRIVÉ ET DES PATIENTS « À LA MERCI » DES POLITIQUES

Le cas suédois montre à quel point un système étatisé est dépen-

10. Göran Persson, « The Swedish Experience in Reducing Budget Deficits and Debt », *Economic Review*, Federal Reserve Bank of Kansas City, issue Q I, p. 8.

11. Voir Pål Martinussen et Jon Magnussen, 2009, *Op. cit.*, p. 24.

12. Le processus de réforme a permis la privatisation de l'hôpital St Göran de Stockholm à la fin de la décennie 1990, ce qui illustre bien la logique de la réforme entreprise dix ans plutôt.

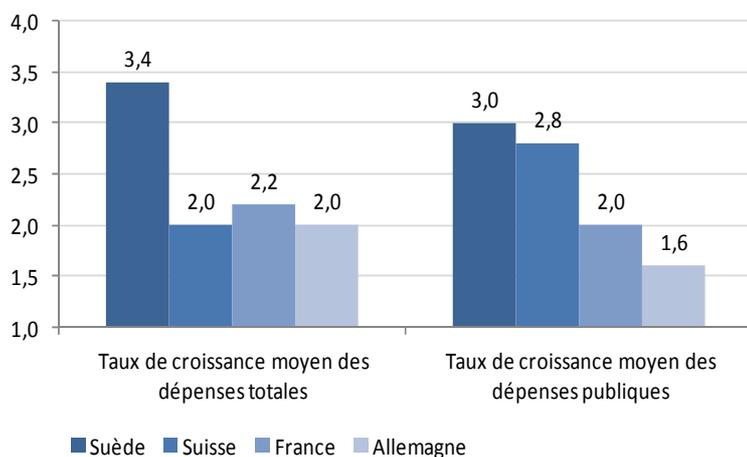
13. Il s'agit de l'Act on Freedom of Private Practices — A. Glengård et al., 2005, *Op. cit.*, p. 105. Cette loi a aussi permis aux médecins généralistes de devenir des entrepreneurs autonomes au lieu d'être des fonctionnaires salariés (voir Pål Martinussen et Jon Magnussen, 2009, *Op. cit.*, p. 27).

14. Voir Johan Hjertqvist, « The end of the beginning: The healthcare revolution in Stockholm, Part II », *Timbro Health Care Unit*, 2003, p. 8.

15. Voir Johan Hjertqvist, « The health care revolution in Stockholm », *Timbro Health Care Unit*, 2002, p. 22.

Figure 2

Taux de croissance annuelle moyenne des dépenses de santé
per capita, 2000-2009 (en %)



Source : OCDE, 2012 ; Figure et calculs de l'auteur.

dant du processus politique qui impose au secteur privé et aux professionnels de santé une insécurité juridique extrême. Ceci explique pourquoi l'impact et la généralisation de la réforme selon le « modèle de Stockholm » sont restés limités.

Par exemple, les médecins privés ont été autorisés à s'installer librement en 1994. Dès 1995, cette liberté leur a été enlevée. De même, l'idée initiale du « modèle de Stockholm » était de mettre en concurrence les prestataires de soins. Or, dès le milieu des années 1990, le concept de concurrence disparaît au profit de celui de « coopération »¹⁶. Les conseils généraux gardent une mainmise forte sur cette mise en concurrence, avec des manipulations arbitraires, empêchant ainsi qu'elle profite pleinement aux patients. Plusieurs conseils généraux ont *de facto* introduit des restrictions et un plafonnement des volumes de soins prodigués. Les tarifs ont aussi été régulièrement ajustés à la baisse — parfois plusieurs fois par an et de manière rétroactive —, voire ramenés à zéro, en cas de dépassement d'un certain volume de soins¹⁷.

Alors que l'hôpital St Göran est privatisé et vendu en 2000 par une majorité locale non-socialiste et que plusieurs autres hôpitaux sont transformés en sociétés anonymes en vue de leur prochaine privatisation, la majorité socialiste du gouvernement central balaie ce processus en interdisant en 2001 toute nouvelle privatisation. Une loi de 2006 obligera les conseils à gérer eux-mêmes au moins un hôpital sur leur territoire et leur interdira de déléguer la gestion

des établissements hospitaliers régionaux¹⁸.

Les patients ont, eux-aussi, été les grands perdants de cette mainmise politique sur le système de santé et ont dû faire face à des files d'attente institutionnalisées.

Face à ce problème d'accès aux soins, les politiciens ont tenté de raccourcir les délais par voie bureaucratique. C'est ainsi qu'ont proliféré — sans pour autant régler le problème — des initiatives politiques visant à instaurer des « droits aux patients », notamment en matière de délais d'attente maximale.

Ainsi, une « garantie » maximale officielle de 3 mois d'attente pour certaines procédures chirurgicales est mise en place en 1992, laissant, tel que mentionné ci-dessus, une plus grande liberté aux patients de se faire soigner ailleurs que dans leur comté une fois ce délai dépassé. Elle est remplacée en 1996 par une autre disposition ayant pour objectif de « garantir » des délais maximum de consultation avec une infirmière, un médecin généraliste ou, le cas échéant, un médecin spécialiste¹⁹. Cependant, en dépit de délais soi-disant « garantis », les files d'attente persistent. En 2003, par exemple, plus de 60 % des patients nécessitant un remplacement de la hanche attendaient d'être opérés depuis plus de 3 mois²⁰.

Une nouvelle initiative impose en 2005 une règle dite des « 0-7-90-90 » (0 jour pour un contact avec le système, 7 jours pour voir un médecin, 90 jours pour voir un spécialiste, 90 jours de plus pour avoir le traitement, après le diagnostic)²¹.

En dépit de ces initiatives, les problèmes d'accès aux soins du système suédois n'ont pas pour autant disparu. Cela explique la popularité grandissante des assurances privées en Suède. Le nombre de personnes ayant souscrit à une telle assurance a été multiplié par 3,6 fois entre 2002 et 2011 (voir Figure 1 en page 2).

L'assurance privée est ainsi devenue une « valve de sécurité » permettant à certains patients de faire face aux défaillances du système public. Car ces problèmes d'accès aux soins représentent des coûts importants et trop facilement ignorés : stress, souffrance, perte de productivité, etc., pour l'ensemble de la population. Or, comme le souligne une étude, l'assurance privée permet justement « un accès rapide à un médecin spécialiste, en cas de besoin. Un autre avantage serait la possibilité de passer devant la file d'attente pour se faire traiter (cas des chirurgies électives) »²².

En dépit de ces carences en matière d'accès aux soins, le système suédois est souvent mis en avant, au prétexte qu'il aurait permis

16. Voir A. Glenngård et al., 2005, *Op. cit.*, p. 50.

17. Voir Pål Martinussen et Jon Magnussen, 2009, *Op. cit.*, p. 45.

18. Voir Unto Häkkinen et Pia Jonsson, « Harnessing diversity of provision », in *Nordic health care systems*, ed. par Jon Magnussen et al., European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2009, p. 205. Une majorité non-socialiste, arrivée au pouvoir en 2006, a cependant inversé ces dispositions législatives, attestant une nouvelle fois de la dépendance du système suédois au changement de majorités politiques.

19. Voir A. Glenngård et al., 2005, *Op. cit.*, p. 76-77.

20. Voir le rapport officiel suédois « Health care Status Report 2003 », National Board of Health and Welfare, p. 13, disponible à : http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10492/2004-131-4_summary.pdf.

21. Cette « garantie » est toujours en vigueur.

22. A. Glenngård et al., 2005, *Op. cit.*, p. 33.

23. Voir par exemple le *Rapport d'information du Sénat d'Alain Vasselle et Bernard Cazeau sur la protection sociale et la réforme des retraites en Suède*, n°377, juillet 2007, p. 27, où ils soulignent que « la Suède apparaît favorablement placée dans les classements internationaux ».

un contrôle des dépenses publiques tout en obtenant de bonnes performances sanitaires en matière d'espérance de vie²³, par exemple. Qu'en est-il ?

Les dépenses totales de santé par rapport au PIB restent, en effet, plus faibles que dans des pays où les systèmes de santé reposent traditionnellement sur un secteur privé dynamique comme la France, l'Allemagne ou la Suisse. Cependant, même sans tenir compte des nombreux coûts associés aux files d'attente, difficiles à chiffrer mais pourtant bien réels, force est de constater qu'au cours des années 2000, les dépenses per capita ont par exemple cru plus vite en Suède que dans ces pays (Figure 2, page 3).

Si la population suédoise jouit d'une espérance de vie élevée²⁴, celle-ci a cependant progressé moins vite que dans ces pays de comparaison, qu'il s'agisse de l'espérance de vie à la naissance ou à 65 ans (voir Figure 3).

En 1970, la population suédoise avait ainsi une espérance de vie à 65 ans similaire ou plus élevée qu'en France et en Suisse. Quarante ans après, elle se retrouve derrière.

CONCLUSION

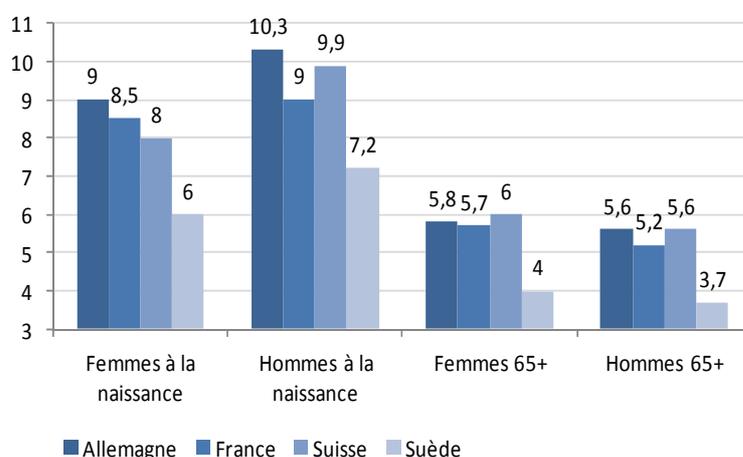
Depuis une quinzaine d'années, les nombreuses réformes du système de santé français ont débouché sur sa bureaucratisation croissante. Ce processus risque de s'accroître avec les efforts des gouvernements visant à contrôler le dérapage des finances publiques.

Malheureusement, comme l'illustre l'expérience suédoise, une telle bureaucratisation risque de déboucher sur l'apparition de files d'attente chroniques. Le « modèle de Stockholm » montre que la solution est à l'opposé. En effet, face à une situation similaire au début des années 1990, les pouvoirs publics suédois ont décidé de donner plus de place au privé dans le système étatisé et plus de choix aux patients. Un hôpital d'urgence à Stockholm a même été privatisé.

24. L'espérance de vie — surtout à la naissance — dépend de nombreux autres facteurs que le seul système de santé (niveau de vie, développement économique, etc.).

Figure 3

Gains en matière d'espérance de vie entre 1970 et 2009* (en années)



*Données 1970-2008 pour les femmes 65 ans et + et les hommes 65 ans et +. Source : OCDE ; figure et calculs de l'auteur.

L'exemple suédois nous enseigne, en parallèle, qu'une bureaucratisation croissante du système de santé est d'autant plus dommageable, qu'une fois étatisé, il est inévitablement livré à « la merci » des politiciens et des changements de majorité. En effet, même si l'ouverture au privé a permis d'augmenter la productivité et de réduire les files d'attente en assurant un meilleur accès aux soins, le « modèle de Stockholm » du début des années 1990 a été « anesthésié » dès la fin de la décennie, les files d'attente redevenant une préoccupation au cours des années 2000.

Face à une dégradation des finances publiques, bureaucratiser davantage — dans une optique de « maîtrise » comptable des coûts de la santé — n'est pas une solution viable et se fera au détriment des patients. Ce que nous enseigne le modèle suédois, c'est justement de ne pas poursuivre sur la voie de l'étatisation.



Valentin Petkantchin

M. Petkantchin détient un doctorat ès sciences économiques et est diplômé du Magistère média et formation économique de l'Université d'Aix-Marseille III. Entre 1996 et 2003, il a été chercheur au Centre d'analyse économique et a enseigné l'économie à la Faculté d'économie appliquée, ainsi qu'à la Faculté de droit, au sein de cette même université. Il compte à son actif plusieurs publications scientifiques et travaux de recherche portant sur divers sujets. De janvier 2004 à mai 2006, il a été directeur de la recherche à l'Institut économique de Montréal. Il a rejoint l'IEM en juin 2006.

L'Institut économique Molinari (IEM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant et sans but lucratif.

Il s'est fixé comme mission de proposer des solutions alternatives et innovantes favorables à la prospérité de l'ensemble des individus composant la société.

Reproduction autorisée à condition de mentionner la source

Directrice générale : Cécile Philippe
Maquette et montage : Gilles Guénette

www.institutmolinari.org