

MODÈLES INTERNATIONAUX DE SOINS DE SANTÉ : SUÈDE

Åke Blomqvist¹

1. Introduction

Le régime de soins de santé de la Suède et son évolution depuis une vingtaine d'années peuvent, pour plusieurs raisons, présenter un intérêt considérable du point de vue de la réforme future du système de santé du Canada. Bien que la Suède ne soit pas un grand pays (sa population, inférieure à 9 millions d'habitants, est moins nombreuse que celle de l'Ontario), elle a un régime de soins de santé très décentralisé et très hétérogène (à certains égards), dans lequel plus de vingt administrations régionales appelées « conseils généraux » jouissent d'une assez grande autonomie opérationnelle. L'expérience suédoise peut donc être très pertinente pour les provinces qui accentuent actuellement ou envisagent d'accentuer la décentralisation de la gestion de leur régime de soins de santé. D'un autre point de vue, une étude de l'interaction entre les conseils généraux et le gouvernement de la Suède peut offrir des enseignements utiles en vue de l'évaluation des méthodes utilisées au Canada pour régir les relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé.

Une autre raison pour laquelle l'expérience suédoise est intéressante, c'est que la Suède, comme le R.-U., les Pays-Bas et la Nouvelle Zélande, est un des pays où ont été faites des expériences sérieuses relativement aux principes de la concurrence encadrée et des marchés internes, qui ne cessent d'alimenter le débat international sur la réforme des régimes de soins de santé depuis la fin des années 1980. Le modèle de la concurrence encadrée dans un régime de

¹ Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada, et Université Western Ontario. Je souhaite adresser mes remerciements aux personnes suivantes, sans qu'il en résulte un engagement de leur part, pour les commentaires qu'elles m'ont faits et les sources qu'elles m'ont indiquées : Anders Anell, Paula Blomqvist, Odette Madore et Sara Nordling.

soins de santé financé par les fonds publics repose sur l'idée que la prestation des services de santé est faite à la population non par une organisation unique (comme dans le cas du service national de santé britannique (NHS)), mais par plusieurs fournisseurs *indépendants*, qui se font concurrence entre eux pour obtenir la clientèle des patients et le financement. C'est, bien entendu, selon cette méthode que se fait la prestation des services de santé au Canada. Par conséquent, l'information que l'on peut tirer de l'expérience suédoise, où prévaut la concurrence encadrée, pourrait avoir beaucoup d'intérêt pour les décideurs des provinces canadiennes, qui doivent résoudre les questions touchant les méthodes qu'il conviendrait d'utiliser pour payer les services des hôpitaux, des médecins et des autres fournisseurs. (Par exemple, l'impartition de certaines formes de chirurgie, à Stockholm, peut être pertinente du point de vue de la question de savoir ce qui constitue des formes appropriées de financement public de cliniques de chirurgie privées, question qui a récemment fait l'objet d'un débat en Alberta.) Du fait, en partie, que le régime de la Suède est si fortement décentralisé, les expériences faites dans ce pays ont généré de l'information sur de très diverses manières d'envisager la gestion des régimes de soins de santé.

La suite du présent exposé est structurée comme suit. Dans la deuxième partie, on étudie le mode de financement des services de santé, en accordant une attention spéciale à la proportion relative des fonds publics et privés ainsi qu'au rôle des frais modérateurs. Dans cette partie, on examine aussi les textes de loi qui définissent l'accès des citoyens aux soins de santé et l'on fait une brève comparaison des coûts et des indicateurs de performance du régime suédois avec ceux d'autres pays. Dans la troisième partie, on décrit le régime décentralisé utilisé pour gérer les ressources des soins de santé ainsi que les moyens qui ont été utilisés dans les années 1980 et

plus particulièrement dans les années 1990, à l'époque où ont été amorcées, puis modifiées, les expériences relatives aux marchés internes, à la concurrence encadrée et la dissociation acheteur/fournisseur. Dans la quatrième partie, on étudie en premier lieu le mécanisme qui institue la responsabilité politique au moyen d'un système de conseils généraux élus, puis les méthodes utilisées pour rendre ces conseils généraux responsables devant le gouvernement du pays. Ensuite, on examine brièvement la question de la responsabilité du fournisseur de soins à l'égard des patients. Enfin, la cinquième partie formule des conclusions.

2. Le financement et le droit aux soins de santé

Part du secteur public

La part de l'ensemble des dépenses pour les soins de santé qui est financée par les fonds publics a traditionnellement été très élevée en Suède (et dans les autres pays scandinaves). En 1980, la part du financement public dépassait 90 %. À la fin des années 1990, elle n'était plus que d'environ 83 %, mais ce chiffre est lui aussi plus élevé que dans la plupart des pays autres que le Royaume-Uni. Comme au R.-U., l'importance de la part des dépenses publiques découle principalement, en Suède, du fait que la protection offerte par le régime public est assez large. Plus particulièrement, outre les services hospitaliers et les services médicaux, le régime couvre le coût de la plupart des médicaments, une bonne partie des soins dentaires et la prestation des soins aux personnes âgées dans les maisons de soins infirmiers. Cette large protection correspond à la position de la Suède, qui se considère comme le pays qui a le système de sécurité sociale le plus complet dans le monde. Un élément digne de mention est que les assurés reçoivent une allocation de remplacement de revenu par le canal du régime d'assurance sociale s'ils doivent provisoirement cesser de travailler pour cause de maladie. Dans le régime

d'assurance sociale, un autre élément lié à la santé qui est devenu très coûteux ces dernières années; il s'agit du financement de la retraite anticipée des personnes qui ont des ennuis de santé chroniques. Bien que les coûts de ces programmes ne soient pas inclus dans le coût du régime de soins de santé tel qu'on le définit ordinairement, ils représentent une composante importante des coûts du régime d'assurance sociale considéré globalement.

La part des dépenses de santé qui est financée par les fonds privés, d'environ 17 % à la fin des années 1990, est presque entièrement constituée par des sommes payées par les patients et par la participation aux coûts pour des services qui sont compris dans le régime public. Bien qu'il soit licite d'offrir une assurance privée qui couvre les mêmes services que le régime public (contrairement au Canada), le nombre de personnes qui ont une assurance privée est très faible (beaucoup plus faible qu'au R.-U.) et l'assurance privée ne paye qu'une très petite partie de l'ensemble des coûts des soins de santé. Les raisons de cet état de choses ne sont pas parfaitement claires, mais l'explication réside sans doute en partie dans le fait qu'en Suède les médecins qui sont à l'emploi du régime public n'ont pas le droit d'avoir un cabinet privé à temps partiel, comme c'est le cas au Royaume-Uni, et aussi dans le fait que presque tous les médecins qui exercent en cabinet privé à plein temps le font à l'intérieur du régime public. Les services qu'ils fournissent sont payés par des assurances publiques. Ainsi, le marché de l'assurance privée est petit du simple fait que la possibilité de recevoir des soins de santé à l'extérieur du régime public est limitée.

Le droit aux soins de santé

En Suède, toutes les personnes, quelle que soit leur capacité de payer et où qu'elles habitent, ont le droit à tous les soins de santé « nécessaires », et une déclaration à portée

générale à cet effet est intégrée dans la législation du pays. L'application de ce principe se fait cependant dans un régime très décentralisé, dans lequel la prestation de la plupart des types de soins de santé est financée et gérée par environ vingt-cinq organismes locaux, *les conseils généraux*. En moyenne, chacun représente environ 330 000 personnes, mais la population qu'ils représentent varie en nombre, d'environ 1,6 million d'habitants (par exemple pour la ville de Stockholm) à moins de 100 000. Les conseils généraux sont responsables de la prestation des soins actifs en hôpital, des soins de première ligne et (depuis 1998) des médicaments. Les soins de longue durée pour les personnes âgées sont structurés différemment, la responsabilité de la prestation comme de la gestion incombe aux municipalités, qui est l'ordre de gouvernement qui vient tout de suite sous les conseils généraux. L'explication habituelle de cette organisation est la nécessité d'intégrer la prestation des soins de longue durée à la prestation d'autres services fournis, eux, par les municipalités, par exemple l'aide sociale et les soins à domicile.

Comme on le verra plus bas, la plupart des décisions importantes touchant le financement et la gestion du système de santé sont prises au niveau du conseil général, mais, comme au Canada, le régime change constamment et le gouvernement du pays joue un rôle important dans la définition des limites de l'autonomie locale.

Un bon exemple de la nature de l'interaction juridique et administrative entre le gouvernement central et les conseils généraux est ce qu'on appelle la « garantie des soins » instituée en 1992. À l'origine, la garantie avait trait au temps d'attente maximum pour certains types de chirurgie non urgente pour lesquels il y avait de longues listes d'attente. Cependant, ces listes d'attente ont pratiquement disparu, par suite de diverses mesures prises par les conseils généraux pour abréger l'attente (dont l'impartition de certains types de chirurgie et l'instauration

de mécanismes de financement reposant sur des stimulants pour les hôpitaux et les chirurgiens).

À l'heure actuelle, la garantie précise le temps d'attente maximum qui peut s'écouler avant qu'une personne soit vue par un médecin pour les soins de première ligne (huit jours, bien que, naturellement, les patients soient vus par d'autres intervenants, par exemple par des infirmières, avant ce délai) ou par un spécialiste (trois mois). Ces garanties ont été adoptées à la suite de la conclusion d'ententes entre le gouvernement central, d'une part, et la Fédération des conseils généraux, d'autre part.

Sources de revenu du secteur public

Le gros de la part du secteur public dans les dépenses de soins de santé est payé à même les recettes fiscales. Cependant, il y a une caractéristique importante du régime, qui est que les conseils généraux (comme aussi les municipalités) tirent d'impôts sur le revenu le gros de leur propre revenu. L'assiette fiscale dont est tiré ce revenu est la même que pour l'impôt national sur le revenu, et les conseils généraux aussi bien que les municipalités perçoivent l'impôt selon un taux fixe appliqué au revenu imposable de chaque contribuable. (L'impôt national est au contraire progressif.) En outre, les conseils généraux reçoivent certaines subventions du gouvernement central. Essentiellement, ces subventions sont calculées en fonction de la population, mais avec certains ajustements pour tenir compte de la situation socio-économique de la population et d'autres facteurs. Bien que ces subventions soient d'importantes sources de revenu, la contribution moyenne du gouvernement central était, à la fin des années 1990, inférieure à 10 % des recettes totales du comté, encore que des sommes supplémentaires aient été transférées par le canal du régime d'assurance sociale.

En principe, chaque conseil général est libre de fixer son propre taux fixe, à un niveau

suffisant pour couvrir ses dépenses (compte tenu des subventions du gouvernement du pays). Cependant, au moment de la grave crise financière que la Suède a traversée à la fin des années 1980 et au début des années 1990, le gouvernement central a unilatéralement gelé de façon provisoire les taux d'imposition des conseils généraux. À l'heure actuelle, une plus grande flexibilité est permise, mais le régime comporte encore des stimulants pour inciter les conseils généraux à s'imposer des restrictions. Les conseils généraux qui perçoivent des revenus supplémentaires en relevant leur taux fixe doivent absorber une réduction de la subvention du gouvernement central égale à 50 % de ces recettes supplémentaires (Mossialos et Le Grand, 1999b, p. 109).

La plupart des dépenses de santé sont payées par les conseils généraux et par les municipalités, mais certaines, en particulier la part publique des soins dentaires pour les adultes, sont absorbées par le régime national d'assurance sociale, lui-même financé au moyen d'un système de charges sociales. Jusqu'à ces dernières années, le rôle de l'assurance sociale était plus important qu'il ne l'est aujourd'hui. Par exemple, les paiements aux médecins qui exercent en cabinet privé (c'est-à-dire aux médecins qui ne sont pas à l'emploi des conseils généraux), comme aussi les paiements du secteur public pour les médicaments, étaient effectués directement aux fournisseurs par le régime d'assurance sociale. Cependant, depuis la fin des années 1990, la plupart de ces dépenses sont absorbées par les conseils généraux, par suite d'ententes qui prévoient des hausses des transferts de fonds du gouvernement central.

Frais modérateurs

En comparaison du Canada, les frais modérateurs appliqués en Suède sont assez élevés.

Pour les séjours à l'hôpital, un tarif de 80 couronnes (SKr) par jour (environ 12 dollars canadiens) est appliqué. Pour les consultations touchant des soins de première ligne auprès d'infirmières et de médecins, le tarif varie selon le conseil général : chacun des conseils est libre de fixer son tarif. Cependant, ces tarifs sont relativement élevés, d'environ 15 à 20 dollars canadiens, pour une visite à un médecin de soins de première ligne, et jusqu'à deux fois plus pour une visite à un médecin attaché à un hôpital ou qui a un cabinet privé. Bien que chaque conseil général soit libre de fixer son niveau maximum pour les frais de consultations externes, ces frais sont assujettis à une mesure concernant les pertes qui est stipulée par le gouvernement central; cette mesure précise que les frais d'utilisation des services maximums, pour un patient ne doivent pas dépasser 900 SKr au total sur une période de douze mois. En outre, même si le régime suédois couvre une partie du coût des médicaments, le patient doit en payer une part appréciable. Plus précisément, pour chaque période douze mois, le patient doit payer de sa poche les premiers 900 SKr (environ 135 dollars canadiens) dépensés pour les médicaments ainsi qu'une partie de toutes les dépenses supplémentaires jusqu'à concurrence de 1800 SKr. Au total donc, les frais acquittés par le patient et par le biais de la participation aux coûts peuvent atteindre environ 400 dollars canadiens par période de douze mois. L'effet potentiel de ces sommes relativement élevées est cependant modéré par des dispositions spéciales touchant les personnes à faible revenu, et les personnes âgées de moins de vingt ans sont exemptées des paiements.

Le coût des soins de santé en Suède dans une perspective internationale

Vers 1980, la Suède consacrait jusqu'à 9,4 % de son PIB aux soins de santé. Selon les

statistiques les plus récentes de l'OCDE, ce chiffre était alors plus élevé que dans n'importe quel autre pays dans le monde, y compris les États-Unis. Les statistiques montrent également qu'à cette époque près de 10 % de la population active de la Suède était employée dans le secteur des soins de santé, proportion beaucoup plus élevée que dans les autres pays importants. Par exemple, cette proportion était presque deux fois plus élevée qu'au R.-U.

Depuis 1980, la Suède a pris diverses mesures pour contenir le coût des soins de santé. En 1990, le pourcentage du PIB consacré aux soins de santé avait été ramené à environ 8,8 %. Cette année-là, la proportion équivalente dans certains pays, dont le Canada et, naturellement, les É.-U., était aussi élevée et même plus élevée. La croissance économique de la Suède a continué d'être lente pendant les années 1990, mais la croissance des dépenses pour les soins de santé a été encore plus lente, de sorte qu'en 1998 le pourcentage du PIB était tombé à 8,4. La proportion de la population active employée dans les soins de santé a diminué encore plus fortement; la statistique la plus récente de l'OCDE est de 7,7 %. Bien que ce pourcentage représente une baisse sensible par rapport à la proportion de 1980, qui était de 10 %, il demeure élevé relativement à plusieurs pays de l'OCDE. (Par exemple, il est estimé à seulement 4,5 % au R.-U., tandis que pour le Canada les statistiques du milieu des années 1990 donnent le chiffre de 5,5 %). Il convient toutefois de garder à l'esprit que la Suède a une population très âgée et que certains autres pays qui sont dans le même cas (par exemple l'Allemagne) ont aujourd'hui une proportion aussi forte que la Suède de leur population qui est employée dans le secteur des soins de santé.

Il y a quelques décennies, le PIB de la Suède par habitant était proche du premier rang à l'échelle internationale, mais la croissance économique de ce pays depuis une vingtaine d'années

a été très lente, de sorte qu'en termes réels la proportion de 8,4 % du PIB correspond à un chiffre de seulement 1 746 dollars américains de parité de pouvoir d'achat (OCDE, 2000). Les chiffres correspondants pour le Canada et les É.-U. sont de 2 312 et 4 200 dollars respectivement. Le seul pays d'Europe qui ait des dépenses par habitant plus faibles est le R.-U., avec environ 1 460 dollars.

Malgré la relative faiblesse de ses dépenses pour les soins de santé, l'indicateur le plus simple de la santé de la population plaçait la Suède près du sommet. Par exemple, la mortalité infantile y est un peu plus faible qu'au Canada (3,6 et 5,5 par 1 000 naissances vivantes, respectivement, en 1997), tandis que l'espérance de vie pour les hommes et les femmes y est à peu près la même qu'au Canada (environ 72 et 82 ans, respectivement, en 1997).

À l'égard d'autres aspects de la situation et de la qualité des soins de santé, la situation est moins claire. Il y a un certain nombre d'années, il y avait de longues listes d'attente pour certains types de chirurgie non urgente, mais, comme nous l'avons vu plus haut, ces listes avaient de façon générale disparu au milieu des années 1990. Une autre question qui, à un moment donné, avait suscité beaucoup de controverse et engendré certaines préoccupations était, pour le patient, l'impossibilité de choisir le fournisseur de soins, impossibilité qui était inhérente à la structure du régime. Ici encore, cette question a dans une large mesure été résolue, et les patients suédois peuvent maintenant choisir librement leur médecin de famille et l'hôpital dans lequel ils vont subir certaines interventions chirurgicales non urgentes. Dans la foulée des réformes mises à l'essai dans les années 1990, on met maintenant beaucoup plus l'accent sur les efforts visant à améliorer la qualité des soins et l'on tente systématiquement de mesurer la qualité des soins en faisant un suivi des interventions et des résultats pour des conditions

pathologiques très diverses. Cependant, il n'y a pas de consensus pour ce qui regarde la situation de la qualité des soins. Par exemple, au milieu des années 1990, un comité parlementaire effectuant une grande étude de la structure du régime des soins de santé a conclu qu'en l'an 2000 il y aurait un fossé d'environ 8 % entre les ressources qui seraient « nécessaires » (compte tenu du vieillissement de la population) et celle qui seraient accessibles (Arvidsson et Jönsson, 1997, p. 38). Les statistiques de la fin du siècle montrent maintenant qu'en termes réels les ressources accessibles pour les soins de santé ont diminué d'environ 10 % pendant les années 1990, et, en Suède, une école de pensée considère que ce chiffre indique que le fossé existe d'ores et déjà. Fait qui n'a cependant pas de quoi surprendre, d'autres observateurs considèrent cette baisse réelle de ressources comme un signe que les mesures mises à l'essai dans les années 1980 et 1990 en vue d'améliorer l'efficacité du régime de soins de santé ont, en fait, eu l'effet attendu, de sorte que la baisse de l'utilisation des ressources n'est que le signe de la capacité du régime d'assurer des soins de bonne qualité pour un coût moins élevé qu'auparavant. Le débat se poursuit.

Gestion et dévolution

Gestion décentralisée

Comme nous l'avons vu précédemment, le financement des soins de santé en Suède est une responsabilité partagée entre le gouvernement central et les conseils généraux, ces derniers absorbant le gros des coûts au moyen d'un revenu fiscal qu'ils perçoivent eux-mêmes. En ce qui concerne la gestion du système de santé, le rôle des conseils généraux est encore plus important. En principe, tous les hôpitaux, sauf un petit nombre, sont la propriété des conseils généraux; ceux-ci possèdent aussi les centres de soins de première ligne, où la plupart des Suédois

reçoivent les soins de première ligne. La plupart des médecins, aussi bien ceux qui exercent dans des hôpitaux que ceux qui sont dans des centres de soins de première ligne, sont des salariés des conseils généraux. La plupart des autres travailleurs présents dans le régime de soins sont eux aussi des employés des conseils généraux. Fait qui n'a donc pas de quoi surprendre, le conseil général est le plus gros employeur dans de nombreuses communautés de Suède, et de nombreux directeurs de ces conseils gèrent des ressources plus importantes que ne le font les directeurs généraux des entreprises privées, si l'on exclut les plus grandes de ces dernières.

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, le gouvernement central participe au financement des soins de santé de deux manières : d'abord directement, par des subventions versées aux conseils généraux, puis par les fonds qui entrent dans le régime de l'assurance sociale et qui servent à financer certains fournisseurs. Les plus importants de cette dernière catégorie sont les médecins en exercice privé et les pharmacies. (Les soins dentaires pour les adultes sont une autre composante importante, mais nous n'en parlerons pas davantage ici.) Dans le passé, les conseils généraux ne s'occupaient pas directement de la gestion des services financés par l'assurance sociale. Cependant, par suite des réformes effectuées dans les années 1980 et 1990, leur rôle dans ce domaine a été renforcé, et une grande partie des fonds de l'assurance sociale va maintenant aux conseils généraux plutôt que directement aux fournisseurs, comme nous allons le voir plus bas.

Même si en Suède la plupart des médecins sont des employés salariés, il y en a un peu moins de 10 % qui ont conservé un cabinet privé et qui sont payés dans le cadre d'un système de tarifs négociés. Avant le milieu des années 1980, les médecins en exercice privé étaient libres d'exercer n'importe où et ils étaient payés directement par l'assurance sociale. Depuis 1985

cependant, les fonds qui doivent être versés aux médecins en exercice privé sont transférés aux conseils généraux selon un calcul du montant par habitant, et le médecin en exercice privé doit avoir un contrat avec le conseil du comté où il exerce. Pour que les coûts puissent être contenus, les contrats peuvent limiter le total des paiements ou le nombre de visites pour lesquelles un remboursement sera effectué. Ainsi, le système n'a plus un caractère non limitatif : les conseils généraux exercent un contrôle sur les montants totaux payés. (Pour une brève période pendant la réforme touchant le médecin de famille qui a eu lieu au milieu des années 1990 [voir plus bas], le système *a effectivement eu* un caractère non limitatif. Depuis 1995 toutefois, les conseils généraux ont repris le contrôle du total des dépenses.)

La partie du coût des médicaments qui est représentée par la subvention a continué d'être payée par l'assurance sociale jusque vers la fin des années 1990, mais, depuis 1998, ce coût est également payé par les conseils généraux. En échange, les conseils généraux reçoivent des subventions supplémentaires négociées avec le gouvernement central. Ainsi, à la fin des années 1990, la décentralisation de la responsabilité de gestion du régime des soins de santé, commencée au début des années 1980, était à peu près achevée.

Bien que la gestion quotidienne soit très fortement décentralisée, la loi nationale continue néanmoins d'imposer certaines restrictions sur ce que peuvent et ne peuvent pas faire les conseils généraux. Au-delà des dispositions générales qui traitent de l'égalité d'accès aux soins sans égard à la capacité de payer ou au lieu de résidence, il y a des règles nationales qui précisent le temps d'attente maximum pour recevoir des soins (dont nous avons parlé dans la partie précédente), et les règles qui concernent la couverture de l'excédent des pertes pour la participation aux coûts pour les patients, le droit de choisir librement un médecin de famille, etc.,

s'appliquent à l'échelle nationale. Ainsi, de façon générale, on pourrait dire que la gestion du régime a été assez fortement décentralisée, mais que le gouvernement central conserve un degré élevé de contrôle sur certaines des caractéristiques les plus importantes du régime de soins de santé. Ce contrôle prend à la fois la forme de textes de loi (comme la *Loi canadienne sur la santé*) et la forme d'ententes négociées entre le gouvernement central et la Fédération des conseils généraux. (Dans l'annexe, je fais une brève comparaison du contenu de la loi de 1982 sur les services de santé et les services médicaux avec les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*.)

Du point de vue de l'expérience canadienne de la compétence partagée entre le gouvernement fédéral et les provinces en matière de soins de santé, il y a une question qui se pose de façon évidente quant aux moyens utilisés par le gouvernement central de la Suède pour appliquer les règles nationales et à la manière dont sont résolus les différends entre le gouvernement central et les conseils généraux. La réponse, quelque peu surprenante, est que cette question ne se pose tout simplement pas en Suède parce que le régime n'a pas engendré de fortes tensions entre les deux ordres de gouvernement.

La différence entre le Canada et la Suède à cet égard peut, dans une certaine mesure, être attribuable à des facteurs tels que les différences dans le nombre d'habitants et l'homogénéité de la population ou à des différences fondamentales dans les régimes politiques, plutôt qu'à la structure même du régime de soins de santé. Cependant, il est également possible que le régime suédois à compétence partagée comporte des caractéristiques qui favorisent, davantage qu'au Canada, des relations harmonieuses entre les deux ordres de gouvernement.

Outils de gestion : les années 1980

Vers 1980, la Suède consacrait aux soins de santé une plus forte proportion de son PIB (9,4 %) que tout autre pays dans le monde, comme nous l'avons vu plus haut. Vers la même époque, il était également devenu manifeste que la Suède se trouvait devant une grave crise des finances publiques, crise qui allait durer des années. Les graves préoccupations touchant la compression des coûts dans le domaine des soins de santé datent de cette époque. Étant donné qu'à ce moment-là le gros des responsabilités touchant la gestion du régime de soins avait déjà été transféré aux conseils généraux, le fardeau de l'application des réductions de coût incombait en grande partie aux conseils, et la plupart des moyens de compression des coûts adoptés par la suite émanaient de ces derniers. Comme nous l'avons également vu plus haut, la compression des coûts a relativement bien fonctionné, en ce sens qu'à la fin des années 1990 la Suède dépensait environ 8,4 % de son PIB pour les soins de santé, chiffre qui est d'un point de pourcentage inférieur à ce qu'il était vingt ans plus tôt.

Pendant les années 1980, le principal outil de compression des coûts était tout simplement la planification budgétaire, qui consistait pour les conseils généraux à imposer des budgets globaux dans des districts particuliers du comté. Les districts, eux, tâchaient de respecter les contraintes qui leur étaient imposées en déterminant des budgets globaux pour des unités telles que les établissements de soins de première ligne et certains services ou départements cliniques dans des hôpitaux du district.

Le système de budgets globaux a beaucoup contribué à réduire le taux de croissance des dépenses, mais il n'a pas permis de changer sensiblement la distribution des ressources dans le système. Souvent, les budgets étaient établis d'après les coûts d'origine. Dans certains comtés, la flexibilité des décideurs locaux était en outre limitée par d'autres contraintes, par exemple par

des règles interdisant les mises à pied en période de chômage élevé. Ainsi, tandis que ralentissait la croissance des dépenses, il y avait peu de signes d'une progression de l'efficacité du système. Il semblait plutôt à beaucoup que le succès de la compression des coûts était dans une large mesure tout simplement attribuable à une réduction du niveau et de la qualité des services que recevait la population; en particulier dans la seconde moitié des années 1980, l'allongement des listes d'attente pour certains types de soins est devenu un enjeu politique important, qui a fini par déclencher l'intervention du gouvernement central.

Le recours aux budgets globaux peut n'avoir pas directement contribué à l'amélioration de l'efficacité, mais on a fait valoir que ces budgets peuvent avoir produit ce résultat indirectement, du fait qu'ils auraient été le premier pas vers des formes plus efficaces de gestion décentralisée et vers le recours à la concurrence encadrée et aux marchés internes dans les années 1990 (Anell, 1999, p. 705). En particulier, l'établissement de budgets globaux au niveau des districts a rendu possible une comparaison du coût des soins de santé par habitant dans les différents districts et favorisé la tendance subséquente dans le sens du financement des soins de santé basé sur les chiffres de population. En outre, dans la mesure où les coûts de la santé dans certains districts étaient plus élevés qu'ailleurs du fait que les soins étaient fournis à des résidents d'autres districts, le système des budgets globaux a favorisé l'amorce de discussions qui ont rendu ces transactions explicites et, donc, contribué à jeter les bases de négociations explicites entre les districts à propos des soins fournis à contrat.

Les années 1990 : marchés internes et concurrence encadrée

L'allongement des listes d'attente a contribué à accroître l'insatisfaction du public relativement au régime des soins de santé en Suède dans les années 1980. Divers sondages ont

donné à penser qu'il y avait d'autres facteurs. Les gens se plaignaient parfois de la manière dont ils étaient traités par le personnel auquel ils avaient affaire dans le régime et exprimaient souvent le désir d'avoir plus d'« influence » sur les soins qu'ils recevaient. En particulier, beaucoup de citoyens souhaitaient avoir une plus grande liberté dans le choix du fournisseur de soins de santé. Dans le régime suédois tel qu'il était dans les années 1980, il y avait peu de liberté de choix à cet égard. L'accès aux médecins en exercice privé était en grande partie limité à ceux qui vivaient dans les grandes villes, de sorte que pour la plupart des gens la seule source de soins de première ligne était les centres publics. Même les personnes qui vivaient dans un endroit où il y avait plus d'un centre de soins de première ligne n'étaient autorisées à se faire soigner que dans celui qui desservait la population de leur région de résidence. Dans ce centre, le patient était traité par une infirmière ou par un médecin de garde, qui pouvait être ou non le médecin « habituellement consulté ». De même, les patients qui avaient besoin de soins hospitaliers ne pouvaient les recevoir qu'à l'hôpital desservant leur région de résidence.

Étant donné ces problèmes, les décideurs politiques ont accordé de plus en plus d'attention aux propositions des économistes d'introduire des éléments de réforme dans le régime de soins de santé de la Suède. Le but des réformes était non seulement de rendre le système plus efficace (c'est-à-dire d'améliorer la qualité des soins tout en continuant de comprimer les coûts), mais aussi de répondre au désir du public d'avoir plus de liberté dans le choix du fournisseur de soins. Ces objectifs étaient de diverses façons complémentaires, mais, à d'autres égards, ils étaient contradictoires, comme nous le verrons en détail plus loin.

Le fait que la Suède soit devenue « un pionnier important des réformes privilégiant le rôle du marché dans les régimes de soins de santé financés par les fonds publics » (Harrison et

Calltorp, 2000, p. 219) était en partie le reflet d'un changement dans le climat politique (le Parti social-démocrate avait perdu les élections de 1991 contre une coalition non socialiste), mais en partie aussi le résultat d'une ouverture générale, en Suède, à des idées nées dans le débat universitaire. À la fin des années 1980, Richard Saltman et son collègue suédois Casten von Otter (1987) ont publié un projet de « concurrence publique » en Suède, et l'Institut suédois d'économie de la santé a publié un document de travail sur le régime suédois rédigé par Alain Enthoven, l'économiste dont les travaux ont fourni le modèle à la fois pour le régime universel de soins de santé proposé par le président Clinton aux É.-U. et pour le régime de soins de santé de Dekker-Simmons proposé pour les Pays-Bas. Les études commandées par la Fédération des conseils généraux en 1991 ont été la base sur laquelle a été amorcé un débat amical sur les différents modèles de concurrence publique, et le modèle britannique de réforme du régime des soins de santé au moyen d'une dissociation de l'acheteur et du fournisseur était bien connu en Suède (Fédération des conseils généraux, 1991).

La dissociation de l'acheteur et du fournisseur en Suède

La notion fondamentale qui est à la base de l'idée d'une dissociation de l'acheteur et du fournisseur dans un régime de soins de santé financé par les fonds publics est un *contrat* explicite entre l'organisme qui paye pour les soins de santé d'une population définie (l'acheteur) et les personnes qui fournissent ces services (hôpitaux, centres de soins de première ligne, médecins en exercice privé). Le contrat avec le fournisseur précise quels services (d'une qualité donnée, par exemple) doivent être fournis à quelle population et peut aussi fixer une limite quantitative. Il précise aussi le niveau et la base (par exemple, à l'acte) de la rémunération du fournisseur. Cependant, les contrats ne précisent pas *comment* les services doivent être produits : ce choix est

laissé au fournisseur. Un des principes fondamentaux d'une dissociation de l'acheteur et du fournisseur est que la rémunération du fournisseur sera *seulement* le montant précisé dans les contrats qui le concernent. Tout déficit est la responsabilité du fournisseur ou, du moins (s'il s'avère que les déficits sont couverts par l'organisme qui assure le financement), devrait entraîner sous une forme ou sous une autre des sanctions futures. Dans un système de concurrence encadrée, l'acheteur doit aussi être libre de choisir, parmi des fournisseurs concurrents, auquel il attribuera des contrats de prestation des soins de santé pour la population qui relève de lui.

Contrairement au R.-U., il n'y a pas de loi nationale en Suède qui rende obligatoire la dissociation de l'acheteur et du fournisseur. Cependant, la plupart des conseils généraux ont effectivement, pendant la première moitié des années 1990, franchi une certaine distance vers un régime comme celui-là. Le modèle exact a varié. Dans le comté de Dalarna, la dissociation a été réalisée essentiellement en conférant la fonction d'acheteur aux centres de soins de première ligne, lesquels ont reçu des fonds, dont le montant était fondé sur le chiffre de population, qui correspondaient aux coûts pour tous les types de soins pour la population de la zone qu'ils desserviaient. (Cette solution rappelait le régime britannique d'enveloppes financières, dans lequel les centres avaient le rôle de titulaires d'enveloppe : comme les titulaires d'enveloppe du régime britannique, les centres devaient négocier avec les hôpitaux aux fins de la prestation des soins secondaires à leurs patients.) Dans d'autres comtés, un organisme acheteur unique avait la responsabilité de négocier avec tous les fournisseurs du comté.

Comme au R.-U., l'expérience suédoise de la dissociation de l'acheteur et du fournisseur a donné des résultats mitigés. Dans certains comtés, il y a eu peu de changement *de facto*, même

si la dissociation avait été formellement adoptée. Souvent il n'y avait pas beaucoup de concurrence, étant donné que les organismes acheteurs signaient tout simplement des contrats avec les hôpitaux qui avaient toujours fourni tels types de soins. Dans le cas d'un organisme acheteur unique, chaque hôpital peut se voir attribuer un « contrat global », qui précise seulement que l'hôpital va assurer tels types de services, comme il l'a toujours fait, contre le versement d'une subvention forfaitaire dont le montant peut être fixé d'après les coûts d'origine. En pratique, l'organisme acheteur peut aussi, indirectement, permettre au fournisseur d'avoir un déficit en augmentant tout simplement le montant de la subvention de l'année suivante suffisamment pour couvrir ce déficit. Ainsi, dans les comtés où il n'y a pas de volonté politique de rendre le système efficace, on peut trouver des moyens d'instaurer un régime qui réponde par la forme au critère de la dissociation de l'acheteur et du fournisseur, mais dont les effets sont en pratique plutôt minces, voire nuls.

Dans certains comtés où la fonction d'acheteur était décentralisée (comme dans le comté de Dalarna et dans la ville de Stockholm), la dissociation était potentiellement plus efficace, mais d'autres problèmes sont apparus. Selon Harrison et Calltorp (2000, p. 228), les négociations entre les organismes locaux de financement et les hôpitaux ont créé de la confusion et entraîné des frais administratifs élevés, et la fonction d'acheteur a subséquemment été centralisée de nouveau. Dans la ville de Stockholm, même s'il y a des signes qui laissent supposer une hausse marquée de la productivité des hôpitaux, le coût total des services hospitaliers a augmenté du fait que le volume de services s'est accru et que le paiement était calculé sur la base d'un montant fixe par acte médical effectué (Arvidsson et Jönsson, 1997, p. 53-54). Pour surmonter ce problème, le régime a de nouveau été centralisé – et modifié d'autres façons — à Stockholm.

En dépit de ces problèmes, l’opinion dominante semble être que, même si certaines des expériences les plus radicales ont été abandonnées (dans le comté de Dalarna et dans la ville de Stockholm), la dissociation du rôle d’acheteur et de celui de fournisseur demeurera un principe important du régime suédois, au moins en ce sens que les organismes de financement et les producteurs feront « de plus en plus leurs transactions au moyen de contrats qui précisent les droits et obligations réciproques » (Arvidsson et Jönsson, 1997, p. 55-56; traduction, à partir de la traduction anglaise de l’auteur).

L’expérience suédoise de la dissociation de l’acheteur et du fournisseur peut avoir beaucoup d’intérêt pour les décideurs provinciaux et régionaux du système de santé canadien. La caractéristique essentielle de la dissociation de l’acheteur et du fournisseur se définit par une relation sans lien de dépendance entre l’entité qui finance les soins de santé, d’une part, et, d’autre part, les entités qui gèrent les organismes fournisseurs des services de santé proprement dits (hôpitaux, centres de soins de première ligne, médecins). En Suède (comme au Royaume-Uni), cette relation devait être créée au moyen d’une « dissociation » étant donné que la fonction du financement et celle de la gestion n’avaient auparavant pas été séparées. Au Canada, une telle « dissociation » ne serait pas nécessaire étant donné que les hôpitaux et les cabinets de médecins sont déjà des entités privées dont la gestion est indépendante. Cependant, bien que la fonction de financement et la fonction de gestion soient déjà séparées, les méthodes utilisées dans le passé pour distribuer aux fournisseurs les fonds consacrés aux soins de santé ne reposaient pas explicitement sur un souci de coût-efficacité. (Les médecins sont rémunérés à l’acte par le régime provincial d’assurance, tandis que les hôpitaux sont financés sur la base de budget globaux négociés, le facteur de productivité n’ayant pas beaucoup de poids.) L’adoption

d'un type quelconque de mécanisme de financement basé sur des contrats pourrait être une solution intéressante, en particulier si la gestion du régime doit être de plus en plus dévolue à des autorités régionales inférieures au niveau provincial, avec un financement fondé sur le chiffre de population.

Liberté de choix du patient et garantie des soins

L'insatisfaction visible du public relativement à l'absence de la liberté de choisir le fournisseur de soins de santé a fait l'objet de deux grandes réformes, chacune soutenue par une loi nationale. La seconde, dite « réforme du médecin de famille », est exposée dans la partie qui suit. La présente partie décrit la première, dite « réforme de la liberté de choix du patient et de la garantie des soins » (et que nous appellerons LCPGS).

La réforme LCPGS visait précisément les soins hospitaliers. Son principal élément était une disposition selon laquelle les patients qui avaient besoin d'une intervention chirurgicale ou d'un autre traitement à l'hôpital auraient le droit de choisir librement l'hôpital où ils recevraient le traitement. (On se souviendra que, dans le précédent régime de la Suède, le patient qui avait besoin de recevoir un traitement à l'hôpital ne pouvait recevoir ce traitement que dans l'hôpital auquel il était assigné, c'est-à-dire dans l'hôpital desservant sa région de résidence.) En outre, la réforme LCPGS précisait que « l'argent suivrait le patient ». Donc, si un patient choisissait de recevoir les soins dans un hôpital autre que celui auquel il ou elle était à l'origine assigné, une somme définie serait transférée du budget du premier hôpital à celui du second.

La réforme LCPGS n'avait pas pour but de résoudre seulement le problème de l'insatisfaction du public relativement à l'absence de liberté, pour le patient, de choisir le fournisseur de soins, mais aussi le problème des temps d'attente pour certaines formes de

chirurgie. (Toutes choses étant égales par ailleurs, le patient choisira évidemment de se faire traiter dans un hôpital où le temps d'attente est moins long, s'il a le choix.) Pour permettre d'atteindre cet objectif, la gouvernement central a donné aux conseils généraux un financement supplémentaire destiné précisément à abréger les temps d'attente. Dans certains cas, les conseils généraux ont transmis les fonds seulement aux hôpitaux qui étaient en mesure de garantir que les patients seraient traités avant une certaine échéance.

En termes absolus, la réforme LCPGS n'a engendré qu'une assez faible redistribution des fonds consacrés aux soins de santé. Elle n'en a pas moins été considérée comme un grand succès. D'abord, elle paraît avoir permis une réduction sensible des temps d'attente pour des catégories importantes d'interventions chirurgicales non urgentes, au point où, à la fin de 1993, les listes d'attente avaient « cessé d'être un enjeu politique » (Harrison et Calltorp, 2000, p. 223). Le public en général paraît aussi avoir accordé beaucoup de valeur à la plus grande liberté de choix qu'offrait la réforme. En outre, beaucoup d'observateurs estiment que la réforme a amené un changement important dans la manière dont étaient traités les patients devant subir une intervention chirurgicale, étant donné qu'on avait institué pour chaque hôpital un stimulant qui l'incitait à attirer les patients d'autres hôpitaux ou à les convaincre de ne pas aller se faire soigner ailleurs. Bien que les mesures précisément conçues pour l'élimination des listes d'attente pour certains types d'interventions chirurgicales non urgentes n'aient pas été maintenues, les patients ont conservé le droit de choisir parmi plusieurs hôpitaux et, comme nous l'avons vu plus haut, des garanties touchant la limitation du temps d'attente maximum ont été adoptées pour les consultations auprès des généralistes et spécialistes du domaine des soins de première ligne.

La réforme du médecin de famille

Si la réforme de la liberté de choix du patient et de la garantie des soins a été une réussite, l'autre réforme, qui avait aussi pour but d'accroître la liberté de choix du patient, dite « réforme du médecin de famille », ne l'a pas été.

Le principal élément de la réforme du médecin de famille consistait à établir le droit pour le patient de choisir un médecin de soins de première ligne comme médecin de famille et à garantir que ce médecin serait à partir de ce moment-là le médecin habituel du patient. L'établissement de ce droit devait remédier à l'insatisfaction du public relativement au fait que les patients qui recevaient un traitement dans un centre de soins de première ligne ne pouvaient être assurés d'être vus par le même médecin à l'occasion de visites successives. En outre, l'établissement d'une relation suivie entre le patient et son médecin peut évidemment être considéré comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, étant donné que le diagnostic et le traitement seront vraisemblablement meilleurs si le médecin connaît bien le patient.

Un autre des objectifs poursuivis était d'augmenter la productivité du médecin fournissant les soins de première ligne en faisant dépendre son revenu plus directement du nombre de patients qui l'auraient choisi comme médecin de famille. L'introduction d'un élément de concurrence parmi les médecins était aussi considérée comme un moyen de rendre les médecins plus attentifs au désir du patient d'être traité comme un « client précieux » plutôt que de manière impersonnelle. On prévoyait d'obtenir ce résultat en instaurant un élément de paiement par capitation ou de paiement à l'acte dans la rémunération du médecin, même si les conseils généraux conservaient le pouvoir de négocier le régime de rémunération pour les médecins de soins de première ligne employés par les centres de soins de première ligne.

En plus de permettre d'atteindre ces objectifs, la réforme du médecin de famille avait

pour but de renforcer le rôle des médecins en exercice privé dans les services de soins de première ligne. La réforme produisait cet effet du fait qu'elle introduisait une disposition suivant laquelle les conseils généraux avaient l'obligation de permettre aux médecins de s'établir comme fournisseurs privés dans le domaine des soins de première ligne et précisait comment ces médecins seraient rémunérés (c'est-à-dire à la fois par paiement de capitation et par rémunération à l'acte). Ces dispositions ont été inscrites dans la réforme sur les instances du Parti modéré, qui est le parti le plus important à l'extérieur de la coalition non socialiste portée au pouvoir en 1991, au terme d'une campagne électorale axée notamment sur la réforme du médecin de famille.

Cette réforme a pris effet au début de 1994. Il n'a pas fallu beaucoup de temps pour que deviennent apparents les problèmes qu'elle recelait. Comme les conditions dans lesquelles les médecins pouvaient établir un cabinet privé étaient relativement généreuses, un assez grand nombre d'entre eux l'ont fait, et le coût de la rémunération des médecins en exercice privé est rapidement devenu une composante appréciable dans l'ensemble des dépenses dans certains comtés. Le résultat recherché était sans doute une assez bonne compensation du coût supplémentaire des soins privés par la réduction du coût des soins fournis dans les centres de soins de première ligne, mais cela ne s'est pas concrétisé, en partie du fait que les lois suédoises de l'époque sur le travail rendaient difficile pour les conseils généraux de mettre à pied les médecins qui n'avaient plus que quelques patients. (Certains conseils généraux ont aussi continué à rémunérer sur une base salariale les médecins des centres de première ligne.)

Au moment de l'élection qui a suivi l'adoption de la réforme, le Parti social-démocrate a été reporté au pouvoir, et le gouvernement a rapidement pris des mesures pour éliminer certains des changements qui avaient été adoptés. En particulier, on a supprimé le système selon lequel

un médecin avait le droit d'établir un cabinet privé financé par des fonds publics, système qui avait été en vigueur pendant moins de deux ans.

Si la réforme du médecin de famille a de façon générale été considérée comme un échec, certains éléments en ont été conservés. Bien que les comtés aient maintenant récupéré le droit de structurer leur système de soins de première ligne sans avoir à tenir compte des restrictions de la réforme du médecin de famille, la plupart ont choisi de maintenir le système dans lequel les patients ont le droit de choisir leur médecin de famille, et certains des cabinets de médecine privée continuent d'exister, encore qu'en vertu de contrats plus restrictifs avec les conseils généraux. Bien que beaucoup de comtés aient rétabli, pour les cliniques de soins de première ligne, un système où les médecins sont exclusivement des salariés, d'autres ont conservé un élément de paiement par capitation.

Responsabilité

Responsabilité politique

Les décisions qui ont le plus d'influence sur les services de santé fournis aux communautés et aux personnes en Suède sont celles qui sont prises au niveau des conseils généraux. Le mécanisme par lequel les dirigeants des conseils généraux sont rendus responsables devant la population au service de laquelle ils sont est celui d'élections, lesquelles ont lieu en même temps que l'élection des députés au parlement. Sur le plan administratif, chaque comté a un directeur général, qui relève du conseil par l'intermédiaire des dirigeants politiques. Les principaux dirigeants politiques sont des personnes qui ont des fonctions semblables à celles de ministres du gouvernement et qui sont choisies parmi les membres élus des conseils. Bien que les conseils généraux aient d'autres responsabilités, leur fonction première est de diriger le régime

des soins de santé, de sorte que l'élection des conseils généraux peut, dans une large mesure, être considérée comme une élection qui a pour enjeu les soins de santé.

On peut faire valoir que ce système devrait entraîner un degré élevé de responsabilité, mais, en pratique, ce système comporte des faiblesses. En Suède, les élections aux différents niveaux reposent dans une large mesure sur un système de représentation proportionnelle, dans lequel le nombre de représentants de chacun des partis officiels est calculé selon la part du vote populaire qu'a obtenue chaque parti. Les députés qui représentent chaque parti sont choisis dans des listes établies par le parti. Dans ce système, les représentants des groupes d'intérêts des fournisseurs peuvent s'attendre à une forte probabilité d'être élus en devenant actifs dans le fonctionnement interne d'un parti, de manière à s'assurer une place au haut d'une liste; dans plusieurs comtés, cette position est pratiquement une garantie d'être élu. Il s'ensuit que les intérêts des fournisseurs en place peuvent avoir un rôle plus important que les intérêts du public au moment où les conseils généraux distribuent les fonds ou négocient les contrats avec les médecins et les hôpitaux.

Si les conseils généraux ont une grande autonomie, ils doivent naturellement tenir compte des restrictions imposées par les lois nationales, et le personnel politique des conseils généraux a la responsabilité, devant le parlement national, de se conformer à ces lois. Même si, bien souvent, les questions de soins de santé jouent un rôle de premier plan dans la politique nationale, il ne semble pas qu'en Suède l'application des décisions des conseils généraux ait soulevé des difficultés. Dans certains cas, des ententes touchant l'application de nouvelles lois ont été négociées entre le gouvernement central et la Fédération des conseils généraux, organisme qui a un secrétariat important où se trouve concentrée une grande partie de l'expertise suédoise dans le

domaine de la politique des soins de santé et qui est la source d'une grande partie de la littérature qui a trait à la politique suédoise en matière de soins de santé. Ce secrétariat est également le dépôt d'archives statistiques détaillées et de rapports annuels sur tous les aspects des coûts et de la prestation des services de santé dans les comtés.

Comme dans d'autres domaines de la politique sociale, le gouvernement suédois consacre des ressources considérables à la recherche et à la diffusion du savoir à l'appui du régime des soins de santé. Il finance le Conseil national pour l'évaluation des technologies médicales et, par l'intermédiaire de la Direction nationale de la santé et des affaires sociales, effectue des travaux qui favorisent le développement continu de la qualité et qui doivent « couvrir l'ensemble des activités pour tendre à un développement permanent et systématique axé sur les usagers des services de santé ». (Institut suédois, 1999). Le gouvernement suédois tient aussi « des registres nationaux de la qualité des soins de santé », dans lesquels sont systématiquement recueillies des données sur les mesures relatives aux traitements et sur les résultats des traitements pour une cinquantaine de catégories de maladies. Pour certaines catégories, des lignes directrices en matière de diagnostic et de traitement sont élaborées. Une grande partie de ces travaux s'effectue en collaboration avec les conseils généraux.

Responsabilité à l'égard des patients

Le système qui permet d'assurer la responsabilité au niveau politique semble assez bien fonctionner, et les mécanismes qui permettent de rendre les fournisseurs responsables à l'égard des patients sont traditionnellement jugés assez faibles en Suède. Jusqu'à un certain point, la possibilité pour les patients de choisir parmi les fournisseurs créé une certaine responsabilité si le revenu du fournisseur dépend du nombre de patients qu'il traite. Ce stimulant est actuellement

répandu dans une certaine mesure, mais il est assez récent et peut n'être pas très efficace. Les poursuites engagées pour faire reconnaître la responsabilité d'un fournisseur à l'égard d'une erreur ou d'une négligence dans un traitement sont rares, mais il existe un Conseil national de la santé et du bien-être social qui peut imposer des mesures disciplinaires, dont le retrait d'un praticien du registre des professions. Il y a aussi une loi qui prévoit le dédommagement d'un patient ayant subi un tort à l'occasion d'un traitement, mais ces cas font l'objet de décisions au moyen d'un processus où n'entre pas en ligne de compte la question de faute professionnelle ou de négligence.

Conclusion

Le régime suédois de soins de santé possède des caractéristiques qui, suivant les valeurs actuelles, l'excluent comme modèle universel pour la réforme du régime canadien. Par exemple, il y a, pour les visites au médecin, des frais modérateurs dont le niveau les ferait manifestement juger inacceptables au Canada et, jusqu'à récemment, il y avait une forte restriction du droit du patient de choisir son fournisseur de soins de santé. Pour la profession médicale canadienne, le moins qu'on puisse dire, c'est qu'un régime dans lequel la majorité des médecins seraient des salariés paraîtrait inintéressant.

À certains autres égards cependant, le cas de la Suède est intéressant à étudier. D'abord, la Suède a une population très âgée. Les statistiques les plus récentes de l'OCDE montrent que la partie de la population qui a plus de 65 ans est de 17 %; vers la fin des années 1980, cette proportion était de 18 %. Ces chiffres sont plus élevés que pour tout autre pays de l'OCDE et correspondent à des niveaux que le Canada n'atteindra pas avant quinze ans, selon les projections de Statistique Canada. Il est remarquable qu'en dépit de ce poids du vieillissement et de

ressources globales limitées par un très faible taux de croissance du revenu par habitant, le régime suédois a assez bien fonctionné pour maintenir le pays près du sommet dans les tableaux qui classent le pays en fonction des indices de mortalité. Comme on le disait naguère, comment les Suédois font-ils?

Le cas de la Suède est intéressant également du point de vue de ceux qui croient à l'utilité potentielle d'une décentralisation accrue de la fonction de gestion au niveau régional comme élément d'une future réforme du régime de soins de santé au Canada. Comme le fait clairement ressortir l'étude du cas de la Suède, celle-ci a un régime de soins de santé très fortement décentralisé et très diversifié depuis une vingtaine d'années. Un des éléments qui offrent le plus d'intérêt est, bien sûr, l'expérience qu'a engendrée le recours actif au régime de prestation contractuelle de soins fondé sur diverses formes du modèle de dissociation de l'acheteur et du fournisseur assorti d'un certain degré de concurrence encadrée. Comme on l'a vu plus haut, cette expérience peut avoir son utilité pour l'étude d'innovations dans les méthodes utilisées par les décideurs provinciaux ou régionaux responsables de la distribution des fonds entre les hôpitaux et les autres fournisseurs.

L'expérience suédoise de la « réforme du médecin de famille » peut aussi être pertinente du point de vue du choix d'autres méthodes de prestation des soins de première ligne au Canada. De mon point de vue, l'expérience suédoise illustre deux principes importants qui ont trait à la manière dont devrait être conçu un régime de soins de santé qui fonctionne bien.

Premièrement, les patients accordent une grande importance à la possibilité de choisir un médecin comme fournisseur régulier de soins de santé. Un régime dans lequel les soins de première ligne sont fournis dans les cliniques ou dans les urgences des hôpitaux par le médecin

qui se trouve être de garde au moment où le patient arrive n'est pas un bon régime. Ni ne convient un système de listes dans lequel le patient est automatiquement assigné à un médecin ou à un centre de soins de première ligne, par exemple suivant son lieu de résidence.

Deuxièmement, un régime décentralisé dans lequel le financement des soins de première ligne n'est pas le même que pour les hôpitaux et les autres services ne fonctionnera sans doute pas bien. Par exemple, un régime dans lequel le financement de la rémunération des médecins payés à l'acte est indépendant des budgets régionaux des soins de santé (comme il l'est encore dans certaines provinces canadiennes et comme il l'était encore dans certaines parties de la Suède au milieu des années 1990) n'entraînera vraisemblablement pas une intégration efficace des soins de première ligne et des autres composantes telles que les services hospitaliers et les médicaments. D'autre part, si les soins de première ligne sont financés à même les budgets régionaux, les autorités régionales doivent avoir le droit de négocier des contrats avec les médecins de soins de première ligne afin de conserver un contrôle réel sur l'ensemble des coûts.

Dans la conception d'un régime de soins de première ligne, il y a donc une certaine contradiction entre le caractère souhaitable de la liberté de choix et la nécessité du contrôle des coûts. Par exemple, un régime dans lequel les médecins fournissant les soins de première ligne sont rémunérés à l'acte et dans lequel le patient peut voir n'importe quel médecin n'importe quant n'est pas compatible avec le contrôle des coûts. Ainsi, la conception d'un régime qui fonctionne bien entraîne un certain compromis entre les deux objectifs : par exemple un régime de paiement par capitation et de listes (qui facilite le contrôle des coûts) dans lequel la liberté de choix est maintenue en ce sens que le patient a la possibilité, à des moments désignés, de choisir le médecin sur la liste duquel il est inscrit.

Enfin, comme nous l'avons vu plus haut, l'expérience suédoise d'un régime de compétence partagée entre le gouvernement central et les administrations locales pour les soins de santé semble avoir bien fonctionné. Du point de vue de la conception du régime, le modèle suédois — dans lequel est obtenu un degré élevé de responsabilité politique par l'intermédiaire de représentants élus à l'échelon local dont la principale responsabilité est la gestion des soins de santé et qui peuvent faire appel à leur propre assiette fiscale — peut être intéressant pour les provinces canadiennes; la Saskatchewan semble déjà évoluer dans cette direction. En outre, la formule de la contribution du gouvernement central au financement des coûts locaux des soins de santé semble n'avoir pas du tout soulevé de controverse comme celle qui, au Canada, a suivi l'adoption des méthodes utilisées pour le partage des coûts entre le gouvernement fédéral et les provinces. Encore une fois, on pourrait, de ce point de vue, tirer d'utiles leçons d'une étude plus attentive du fonctionnement du régime suédois.

Annexe : la *Loi suédoise sur la santé publique et les services médicaux* (LSSM) et les principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS)

Le principal texte de loi qui régit le régime de soins de santé de la Suède est la Loi de 1982 sur la santé publique et les services médicaux (LSSM). Bien qu'elle ait été modifiée sur beaucoup de points depuis qu'elle a été adoptée pour la première fois, les principales dispositions qui ont trait à la compétence partagée entre le gouvernement central et les conseils généraux sont demeurées les mêmes.

Il est difficile de faire une comparaison directe avec les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* (intégralité, universalité, accessibilité, transférabilité et gestion

publique), parce les termes employés dans les deux textes de loi ne sont pas les mêmes. À première vue, il peut sembler qu'à plusieurs égards la LSSM soit moins précise et moins explicite que la LCS. Par exemple, un observateur canadien pourrait faire valoir que l'absence d'une prescription explicite de l'intégralité et de l'universalité dans la LSSM en fait, pour le gouvernement central de la Suède, un moyen moins efficace pour appliquer ces caractéristiques dans le régime suédois. Cependant, les articles 2 et 3 de la LSSM précisent que le but du régime de soins de santé est de faire en sorte que « toute la population indistinctement soit en bonne santé et reçoive de bons soins de santé » et que les soins fournis soient « de bonne qualité » (traduction à partir de celle de l'auteur). On peut dire que ces dispositions — et d'autres qui ont trait au droit du patient d'être informé sur son état de santé et sur les méthodes de traitement disponibles, comme aussi à son droit de choisir un autre traitement « scientifiquement accepté et éprouvé » lorsqu'il y en a plus qu'un — sont tout aussi explicites que les dispositions de la LCS qui ont trait à l'intégralité et à l'universalité. (Un des aspects intéressants de la LSSM est qu'elle précise explicitement [art. 6] l'obligation pour les conseils généraux d'offrir le moyen de transport nécessaire à une personne qui a besoin d'un traitement qui ne peut pas être fourni à proximité de son lieu de résidence. À cet égard, la LSSM est plus explicite que la LCS.)

L'article 2 de la LSSM précise aussi que, pour pouvoir être qualifiés de « bons », les soins de santé doivent être « faciles d'accès ». Cependant, comme nous l'avons vu dans l'exposé, la Suède ne considère pas que les frais modérateurs entrent en contradiction avec l'accessibilité, de sorte que les conseils généraux sont libres de fixer eux-mêmes les frais modérateurs, à l'intérieur de certaines limites. (L'article 26 contient une disposition concernant les pertes qui stipule que personne n'aura à payer plus de 900 SKr par période de douze mois en frais

modérateurs pour des soins hospitaliers et médicaux ou plus de 80 SKr par jour pour des soins hospitaliers. Pour les médicaments, les dispositions concernant les pertes figurent dans un autre texte de loi.)

L’obligation pour les conseils généraux de fournir des soins aux non-résidents qui ont besoin de soins immédiats (dans les cas d’urgence) confère un certain degré de transférabilité au régime, et les conseils généraux ont aussi la possibilité de négocier entre eux des ententes prévoyant de fournir des soins non urgents aux résidents d’autres territoires.

Enfin, il n’y a pas de dispositions qui rende obligatoire la gestion publique. Les effets de cette différence entre la LSSM et la LCS ne sont cependant pas clairs, étant donné qu’on ne s’entend pas très bien, au Canada, sur ce que, exactement, les provinces canadiennes n’ont pas le droit de faire en raison de cette disposition de la LCS. On peut donc, de façon générale, dire que la seule différence essentielle (par opposition à terminologique) entre la LSSM et la LCS est que la première autorise l’application de frais modérateurs jusqu’à un certain niveau.

SOURCES

Anell, Anders (1999), « Health care reforms and cost containment in Sweden » pp. 701-32, publié sous la direction de Elias Mossialos et Julian Le Grand (1999a).

Arvidsson, Göran and Bengt Jönsson (1997), Politik och marknad i framtidens sjukvård. Stockholm: SNS Förlag.

Fédération des conseils généraux (1991), Vägval: Hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden. Stockholm : Landstingsförbundet.

Gouvernement de la Suède (1993), Hälso- och sjukvården i framtiden. Stockholm : SOU 1993:38

Harrison, Michael I. et Johan Calltorp (2000), « The re-orientation of market-oriented reforms in Swedish health care », *Health Policy* (50), pp. 219-40

Health care reform through internal markets, publié sous la direction de Jérôme-Forget, M., J. White et J. Wiener (1995) conjointement par l'IRPP et The Brookings Institution, Montréal et Washington, D.C.

Mossialos, Elias et Julian Le Grand eds. (1999a), *Health care and cost containment in the European union*. Aldershot: Ashgate.

Elias Mossialos et Julian Le Grand (1999b), « Cost containment in the EU: An overview » pp. 1-154, publié sous la direction de Elias Mossialos et Julian Le Grand (1999a).

Rehnberg, Clas (1995), « The Swedish experience with internal markets », pp. 49-74 publié sous la direction de Jérôme-Forget, White et Wiener.

Saltman, R., et C. von Otter (1987), « Revitalizing public health care systems: A proposal for public competition in Sweden », *Health Policy* (7), pp. 21-40.

Institut suédois (1999), *Les services de santé en Suède*. www.si.se/infoSweden