



Institut Économique
de Montréal

Octobre 2003

Le recours au privé en santé : l'exemple suédois

Il ne se passe pas une semaine sans qu'une manchette dans les journaux ne fasse état d'une situation de crise quelque part dans le système de santé canadien. Malheureusement, alors même que les budgets de la santé constituent le poste de dépenses publiques qui connaît la plus forte augmentation depuis quelques années, la plupart des intervenants dans ce débat semblent incapables de voir le problème autrement qu'à travers la lorgnette budgétaire et bureaucratique. Les propositions de réforme qui retiennent l'attention des politiciens concernent invariablement l'injection de nouveaux fonds publics ou la mise en place de nouvelles structures de surveillance et de planification, tel le « Conseil de la santé du Canada » qui doit bientôt voir le jour.

L'expérience récente de la Suède nous montre toutefois qu'il est possible d'augmenter l'efficacité du système avec des mécanismes de marché tout en maintenant l'universalité des soins. Malgré la crainte largement répandue selon laquelle un plus grand recours au secteur privé mènera à un système « à deux vitesses », les notions de profit et de concurrence ne sont pas incompatibles avec des soins de santé pour tous. L'existence d'un système parallèle privé est d'ailleurs la norme dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE.

Le système de santé suédois connaissait d'énormes problèmes similaires aux nôtres dans les années 1980. Il y avait de longues listes d'attente pour des services essentiels, les salaires des employés dans les hôpitaux étaient bas, les conditions de travail mauvaises. Il semblait impossible de combler la demande croissante uniquement par des augmentations d'impôt et de dépenses et ce, dans un pays universellement connu pour la générosité de ses programmes sociaux.

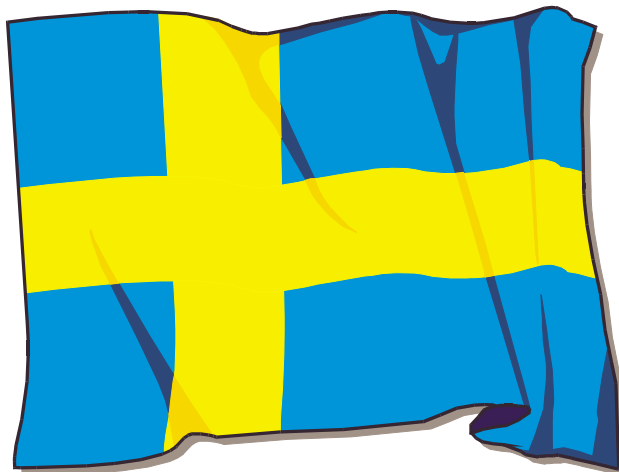
En Suède, ce sont les gouvernements locaux qui sont en grande partie responsables de la gestion du système de santé. C'est d'abord à Stockholm, la capitale et la plus importante région, que les réformes ont été entreprises, au point où l'on parle aujourd'hui du « modèle de Stockholm ».

Une multiplication des fournisseurs

Dans un système public centralisé, le patient est une source de dépenses pour les gestionnaires. Ceux-ci ont des budgets globaux à gérer et chaque patient supplémentaire vient gruger ce budget. Il y a peu d'incitatifs à devenir plus productif,

puisque cela n'a pas d'impact sur les revenus de l'institution ou les salaires de ses employés. Il est en fait plus simple d'exiger des augmentations de budget. Lorsque la demande dépasse la capacité financière du système, il faut rationner les services, et l'on se retrouve avec du personnel surchargé et des listes d'attente.

La logique fondamentale qui sous-tend l'introduction de mécanismes de marché est que, pour le gestionnaire privé (ou le gestionnaire d'une institution autonome et en compétition avec d'autres à l'intérieur du système public), le patient est au contraire une source de *revenus*. Plus l'entreprise attire de patients par la qualité des soins qu'elle fournit, plus la demande pour ses services est forte et mieux vont ses affaires. La réduction des coûts par une plus grande efficacité devient une priorité puisque cela a un effet direct sur les surplus et profits de l'institution. Il est également nécessaire de maintenir des salaires attrayants et un climat de travail motivant, sinon les employés iront ailleurs.



C'est ce que les Suédois ont compris. Pour améliorer l'efficacité de leur système de santé, ils ont entrepris il y a une douzaine d'années de briser le monopole étatique de la distribution des services, en permettant à des entrepreneurs de faire concurrence à un système public surchargé.

En 1992, le gouvernement régional de Stockholm mettait en place un programme grâce auquel les employés du secteur public pouvaient prendre en charge de manière indépendante



la gestion de certaines unités de service. Pour attirer les offres, le gouvernement a offert aux entrepreneurs un support légal et un cadre de formation pour démarrer leurs compagnies. Puis, en 1998, tous les services médicaux publics (sauf les urgences) ont été mis sur le marché par appels d'offres.

Il existe aujourd'hui plus de 200 fournisseurs de soins de santé de petite et moyenne tailles qui sont en voie de remplacer le système de dispensateur unique. Parmi ceux-ci, plusieurs ont été créés par des infirmières déçues des mauvaises conditions de travail et du salaire médiocre, qui ont sauté sur l'occasion de lancer leur propre entreprise. Alors qu'au Canada les syndicats sont viscéralement opposés à toute privatisation du système, en Suède, le syndicat des infirmières les a activement appuyées et a même créé un organisme consacré à la recherche sur les nouvelles formes d'entrepreneurship. Les nouveaux fournisseurs gèrent des centres locaux de soins, des cliniques de médecins omnipraticiens, des centres spécialisés dans les soins postnatals, des laboratoires et des cliniques psychiatriques. Le plus important de ces fournisseurs, Praktikertjänst, fonctionne comme une coopérative de production détenue par des médecins, des infirmières, des psychiatres, des dentistes, des physiothérapeutes ainsi que du personnel de soutien.

L'expérience récente de la Suède nous montre qu'il est possible d'augmenter l'efficacité du système avec des mécanismes de marché tout en maintenant l'universalité des soins.

Depuis que la compétition existe dans le domaine des soins infirmiers, les salaires ont augmenté beaucoup plus vite à Stockholm qu'ailleurs en Suède, un élément crucial pour recruter et retenir le personnel compétent. Un mode de rémunération basé sur la performance plutôt que sur l'âge ou le nombre d'années de service incite également le personnel médical à être plus productif dans les entreprises privées qui l'ont instauré¹.

En 1994, le Conseil régional de Stockholm allait plus loin en transformant l'un des sept hôpitaux traitant les cas d'urgence de la capitale, l'hôpital Saint-Georges, en corporation autonome dans le but de le privatiser. Quatre ans plus tard, l'hôpital était vendu à une compagnie privée suédoise cotée en bourse du nom de Capio Ltée. Il faut bien comprendre que, malgré son statut d'hôpital « privé », le Saint-Georges continue d'opérer à l'intérieur du système public et ses patients n'ont pas à payer les coûts des traitements qu'ils y reçoivent. L'achat et le financement des soins sont garantis par le Conseil régional, alors que Capio se charge de la prestation des soins.

Depuis sa transformation en entreprise privée, le Saint-Georges est devenu l'hôpital le plus efficace et le moins coûteux de la capitale, atteignant des rendements de 10 % à 15 % supérieurs à ceux des autres hôpitaux². Cette efficacité supérieure lui permet de dégager une marge de profit. D'autres hôpitaux ont été transformés en corporations autonomes commercialement viables, et donc vendables, même si un moratoire a pour le moment été institué sur la vente de ces institutions.

Une gestion publique plus efficace

On le voit, la séparation entre l'acheteur et le fournisseur de services est une caractéristique notable du modèle suédois. Jusque dans les années 1980, ces deux fonctions étaient confondues au sein du Conseil régional. Celui-ci était effectivement l'unique employeur et l'unique producteur. Les mêmes politiciens locaux qui déterminaient la nature des besoins et votaient les budgets globaux étaient impliqués dans les décisions concernant la production des services. Les fournisseurs (hôpitaux, cliniques) recevaient un budget de fonctionnement global qui ne tenait compte ni des coûts réels de chaque institution, ni de la quantité de soins fournis. La détermination de ces budgets dépendait du lobbying interne et de diktats administratifs. Les institutions n'avaient aucune incitation à analyser les sources d'inefficacité ni à diminuer les coûts.

Une série de réformes administratives a fait en sorte de décentraliser le pouvoir de gestion. Outre la privatisation de certaines unités de service et la plus grande autonomie des unités qui demeurent publiques, cette séparation se concrétise dans la décentralisation du financement. En 1990, le Conseil régional de Stockholm a mis en place un nouveau système de financement des soins. Le coût de près de 1000 procédures médicales a été analysé et évalué avec des points sur la base des Groupes homogènes de diagnostics (*Diagnosis Related Groups* ou DRG dans le jargon médical). Ce système permet de mesurer les ressources nécessaires à la production d'un traitement. Chaque hôpital est payé pour une procédure médicale selon le coût des points DRG. Par exemple, le traitement d'un cancer sera remboursé différemment d'un traitement de la cataracte. Un système de contrats basé sur le nombre et le type de procédures médicales qui ont été fournies par l'institution a remplacé les budgets globaux.

Depuis sa transformation en entreprise privée, le Saint-Georges est devenu l'hôpital le plus efficace et le moins coûteux de la capitale, atteignant des rendements de 10% à 15% supérieurs à ceux des autres hôpitaux.

¹ Lofgren, 2002, p. 43; Hjertqvist, 2002, p. 27.

² Hjertqvist, 2002, p. 22.



Le système DRG fonctionne aussi bien pour le public que pour le privé. Tous sont remboursés au même prix, un prix de référence défini par ce que dépensent les hôpitaux les plus efficaces (parmi lesquels le Saint-Georges est de loin le moins coûteux), auquel on ajoute une marge si un hôpital a des coûts plus élevés pour des raisons justifiées. Les hôpitaux moins productifs sont donc contraints d'améliorer leur efficacité pour ne pas se trouver en déficit chronique. C'est une forme souple et dynamique de planification, puisque le prix de référence peut être adapté aux avancées de la technologie.

Le système DRG est donc une façon d'augmenter l'efficacité du système tout en incitant à l'abaissement des coûts. Il offre un avantage certain pour les hôpitaux et pour les médecins eux-mêmes : le traitement de chaque cas représente une somme d'argent, c'est-à-dire un revenu. Plus les hôpitaux traitent de patients, plus c'est payant. Ils sont incités à le faire aussi efficacement que possible puisque toutes les dépenses inférieures au prix de référence génèrent un surplus (à remettre dans le système dans le cas d'un hôpital public) ou un profit (dans le cas d'un hôpital privé). À Stockholm, la productivité des hôpitaux a augmenté de 19 % pendant l'année qui a suivi l'implantation de ce système³.

Le choix individuel

Le choix individuel a été un thème majeur des réformes du système de santé suédois. Le patient a le droit de choisir non seulement son médecin de famille mais aussi ses médecins spécialistes à tout stade du traitement. Il est donc un patient-consommateur. L'idée de choix forme la base de toute compétition dans le marché, la compétition étant ce qui pousse à augmenter la qualité et l'efficacité des services. Le choix des patients est également important en ce sens qu'il guide le financement de l'État. Les fonds publics suivent le patient là où il décide d'aller. Un hôpital ou une clinique qui ne satisfait pas les besoins de leurs patients perdent des clients et, en bout de ligne, des revenus.

³ Hjertqvist, 2002, p. 17.

Le Conseil régional de Stockholm a d'ailleurs mis en place un système de garanties, par lequel un patient peut se faire traiter dans un autre hôpital de la ville ou même d'une autre région où les services sont disponibles s'il n'est pas en mesure d'obtenir, dans l'hôpital de son choix et à l'intérieur d'un délai de trois mois, un traitement nécessaire. Pour permettre aux patients de faire ces choix, un site Web offre des informations détaillées sur les délais d'attente.

L'idée de choix forme la base de toute compétition dans le marché. Un hôpital ou une clinique qui ne satisfait pas les besoins de leurs patients perdent des clients et, en bout de ligne, des revenus.

Aujourd'hui, plus de la moitié des soins de première ligne à Stockholm sont fournis par des entreprises privées qui font affaires avec le Conseil régional. Si l'on tient compte de tous les services (soins de première ligne et d'urgence, soins de longue durée pour les personnes âgées et soins psychiatriques), c'est plus du quart des services qui étaient fournis par des entreprises privées à

Stockholm en 2002, contre 7 % en moyenne pour le pays dans son ensemble⁴.

Conclusion

Les réformes instituées à Stockholm ne constituent pas une cure miraculeuse contre les déficiences d'un système de santé public. Encore aujourd'hui, la Suède connaît des pénuries de personnel médical,

des listes d'attente existent toujours et le financement reste précaire. Des incohérences demeurent, et le système éprouve certains ratés. Mais l'expérience s'est avérée jusqu'ici globalement positive. Les employés sont mieux payés et ont voté avec leurs jambes en choisissant de travailler pour des entreprises privées ou même de fonder leur propre entreprise. Si l'on se fie aux sondages, les patients sont davantage satisfaits des services offerts par le secteur privé que par le secteur public.

⁴ Hjertqvist, 2002, p. 26.

Tableau 1

Le « modèle de Stockholm » : quelques moments-clés des réformes

- 1990 - Le système de financement basé sur les Groupes homogènes de diagnostics (DRG) est mis en place.
- 1992 - La gestion de certaines unités de service est cédée à des fournisseurs privés.
- 1992 - Une garantie est offerte aux patients, qui peuvent se faire traiter dans un autre hôpital ou une autre région après un délai de trois mois.
- 1994 - L'hôpital Saint-Georges devient une corporation autonome.
- 1998 - L'hôpital Saint-Georges est vendu à Capio Ltée, une compagnie privée cotée en bourse.
- 1998 - Tous les services médicaux publics (sauf les urgences) sont mis sur le marché.



L'existence d'un marché compétitif de fourniture des soins a permis de réduire les coûts de divers services de 10 % (par exemple, pour les soins ambulanciers) à 40 % (pour les radiographies ou les services de laboratoire)⁵. Les listes d'attentes à Stockholm ont aussi beaucoup diminué (de 22 % entre 1992 et 1993) et ont cessé d'être un objet de préoccupation politique⁶. Elles demeurent beaucoup plus courtes que dans le reste du pays. Par exemple, hors de la région métropolitaine, il faut souvent attendre jusqu'à un an pour obtenir un appareil auditif, par comparaison avec quatre semaines à Stockholm; jusqu'à deux ans pour une opération au genou alors que le délai est de deux à dix semaines à Stockholm; et dix mois pour l'opération d'une hernie contre deux à quatre semaines à Stockholm⁷.

La leçon à retenir pour le Canada est claire : il est possible d'aller beaucoup plus loin dans la décentralisation et la privatisation des services, tout en maintenant un système universel financé par des fonds publics. Rien dans la Loi canadienne de la santé n'empêche une telle évolution si un gouvernement provincial souhaite aller dans cette direction. Comme c'est la mixité du financement public et privé qui pose problème, on peut s'inspirer des réformes suédoises sans toucher à cet aspect de la question (voir à ce sujet *Réformes de la santé : Jusqu'où peut-on étirer l'élastique?*, Institut économique de Montréal, avril 2003).

La leçon à retenir pour le Canada est claire : il est possible d'aller beaucoup plus loin dans la décentralisation et la privatisation des services, tout en maintenant un système universel financé par des fonds publics.

Avec l'explosion des coûts et de la demande que laisse présager le vieillissement accéléré de la population, l'augmentation des budgets de la santé ne pourra pas contenir pendant bien longtemps encore l'effritement du système public. La population est d'ailleurs en majorité consciente du défi et des solutions qui s'imposent. Selon un sondage récent publié dans le magazine *L'actualité*⁸, 57 % des Canadiens appuient le recours au secteur privé en sous-traitance pour la prestation de soins.

La Suède a longtemps été un modèle pour sa gestion sociale-démocrate. Saurons-nous suivre son exemple maintenant que son expérience illustre les avantages des mécanismes de marché ?

Références

- Hjertqvist, Johan, *The Healthcare Revolution in Stockholm*, Stockholm, Timbro Health Policy Unit, 2002.
- Hjertqvist, Johan, *The End of the Beginning: The Healthcare Revolution in Stockholm*, Part II, Stockholm, Timbro Health Policy Unit, 2003.
- Lofgren, Ragnar, *The Swedish Health Care System: Recent Reforms, Problems, and Opportunities*, Vancouver, Fraser Institute, Public Policy Sources Number 59, July 2002.

⁵ Hjertqvist, 2003, p. 8.

⁶ Lofgren, 2002, p. 15.

⁷ Hjertqvist, 2002, p. 31.

⁸ Chantal Éthier, « Santé : Vive le privé ! », *L'actualité*, juillet 2003, p. 48-9.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales.

Institut Économique de Montréal

Institut économique de Montréal
6418, rue Saint-Hubert
Montréal (Québec)
H2S 2M2 Canada
Téléphone: (514) 273-0969
Télécopieur: (514) 273-0967
Courriel: info@iedm.org
Site Web : www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un institut de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Il œuvre à la promotion de l'approche économique dans l'étude des politiques publiques.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes de Montréal, l'IEDM ne reçoit aucun financement public.

Abonnement annuel aux publications de l'Institut Économique de Montréal : 98,00 \$.

Président du conseil :
Adrien D. Pouliot
Directeur exécutif :
Michel Kelly-Gagnon

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à condition de
mentionner la source.

© 2003 Institut économique
de Montréal

Imprimé au Canada