

Consommation

ANNALES DU C.R.E.D.O.C.

Cote
F 0025

Crédoc - Consommation, N° 1970-064,
Octobre - décembre 1970.

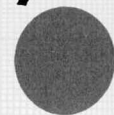
Sou1970 - 3144 à 3146

Nom

CRÉDOC-Consommation

4235-1

1970 n° 4



octobre décembre

Le Centre de Recherches et de Documentation sur la Consommation, association à but non lucratif régie par la loi de 1901, est un organisme scientifique fonctionnant sous la tutelle du Commissariat Général du Plan d'Équipement et de la Productivité. Son Conseil d'Administration est présidé par M. Jacques DUMONTIER, Directeur de la Statistique Générale à l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Ses travaux sont orientés par un Conseil Scientifique nommé par le Conseil d'Administration.

Les travaux du C.R.E.D.O.C. se développent dans les cinq lignes suivantes :

- Étude de l'évolution de la consommation globale par produit et par groupe socio-professionnel.
- Analyse du comportement du ménage et économétrie de la demande.
- Établissement de perspectives de consommation à moyen et long termes.
- Méthodologie de l'étude de marchés des biens et services individuels et collectifs.
- Étude du comportement de l'épargnant.

Les résultats de ces travaux sont en général publiés dans la revue trimestrielle « Consommation ».

Exceptionnellement, ils peuvent paraître sous forme d'articles dans d'autres revues françaises ou étrangères ou bien faire l'objet de publications séparées, lorsque leur volume dépasse celui d'un article de revue.

Le Centre de Recherches et de Documentation sur la Consommation peut en outre exécuter des études particulières à la demande d'organismes publics ou privés. Ces études ne font qu'exceptionnellement l'objet de publication et seulement avec l'accord de l'organisme qui en a demandé l'exécution.

Président : Jacques DUMONTIER

Directeur de la Statistique Générale
à l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

Vice-Présidents : R. MERCIER

Directeur Général de la Société d'Études pour le Développement Économique et Social.

Ph. HUET

Directeur Général au Ministère de l'Économie et des Finances, chef de la mission R.C.B

Président du Conseil Scientifique : G. ROTTIER

Directeur Général du Centre d'Études et de Recherches sur l'Aménagement Urbain.

Directeur : E. A. LISLE

Secrétaire Général du Centre de Recherche Économique sur l'Épargne.

Directeur adjoint : G. RÖSCH

*Toute reproduction de textes ou graphiques est autorisée
sous réserve de l'indication de la source.*

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN D'ÉQUIPEMENT ET DE LA PRODUCTIVITÉ
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES

CENTRE DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION SUR LA CONSOMMATION

45, Boulevard de la Gare — PARIS 13^e

DUNOD

É D I T E U R

92, rue Bonaparte PARIS-6^e

ADMINISTRATION ET ABONNEMENTS

120, rue du Cherche-Midi, PARIS 6^e

Tél. 567-52-34 TELEX 27-112 DUNOD PARIS

C. C. P. 75-45 PARIS

France: 50 F - Étranger: 57 F - Le numéro: 15 F

sommaire

ÉTUDES

Alain FOULON

Les services médicaux en Suède et en France..... 3

Jacques DESCE, Alain FOULON, Pierre KENDÉ
et Louis LEVY-GARBOUA

Proposition pour une méthodologie de l'étude de la
redistribution 33

NOTES ET CHRONIQUES

Joëlle CARAYON

La consommation des boissons dans quelques pays
d'Europe..... 59

BIBLIOGRAPHIE

LES SERVICES MÉDICAUX EN SUÈDE ET EN FRANCE (1960-1967)

par

Alain FOULON

PLAN

SECTION I. Données démographiques générales	4
SECTION II. L'organisation des services médicaux	5
2.1. Le potentiel des moyens de production	5
2.2. L'administration des services médicaux	6
2.3. L'organisation des services médicaux	6
SECTION III. Les dépenses du secteur médical	10
3.1. Consommation et Investissement	10
3.2. Structure et évolution de la consommation médicale	10
SECTION IV. Le financement de la consommation médicale ..	22
4.1. Les agents du financement	22
4.2. Structure du financement de la consommation médicale 1966-1967	26
4.3. Évolution de la structure du financement de la consommation médicale	27
V. CONCLUSIONS	30
BIBLIOGRAPHIE	31

Ne crois pas que je puisse, quant à présent, te parler des mœurs et des coutumes européennes : je n'en ai moi-même qu'une légère idée, et je n'ai eu à peine que le temps de m'en étonner ».

MONTESQUIEU, *Lettres Persanes*, n° 24.

Souvent citée en référence, parfois prise comme exemple, la Suède représente pour l'extérieur un modèle possible de société et de développement économique sans que l'image du « socialisme suédois » ait toujours été bien définie et ses particularités bien comprises.

L'étude qui suit ne prétend pas fournir un dessin plus précis de la société et de l'économie suédoise mais seulement donner les traits les plus caractéristiques de l'organisation et de l'économie des services médicaux dans ce pays entre 1960 et 1967 afin de les comparer, autant que cela soit possible, avec les services médicaux français.

En raison de la nature très globale des statistiques utilisées, cette comparaison restera à un niveau relativement général et macro-économique. Mais il n'est pas certain que des données plus fines modifient beaucoup les termes de la comparaison de deux systèmes qui sans être identiques peuvent être rapprochés l'un de l'autre.

En 1967, le revenu moyen et la consommation médicale par tête étaient en Suède à peu près dans les mêmes proportions par rapport au revenu moyen et à la consommation médicale par tête évalués en France, c'est-à-dire d'environ 1,5 fois supérieur (1). Pour ce qui concerne les dépenses de soins médicaux, cet écart s'explique en majeure partie par la capacité plus importante de moyens de production et un recours plus développé à l'hospitalisation.

L'étude a été divisée en 5 parties :

- 1) Les données démographiques générales ;
- 2) L'organisation des services médicaux ;
- 3) Les dépenses du secteur médical ;
- 4) Le financement de la consommation médicale ;
- 5) Conclusions.

SECTION I. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES GÉNÉRALES

En 1967, la Suède comptait 7 893 000 habitants répartis par classes d'âge de la façon suivante :

- moins de 20 ans : 28,3 % ;
- 20-39 ans : 26,5 % ;
- 40-64 ans : 31,9 % ;
- 65 ans et plus : 13,3 %.

(1) Revenu moyen par tête 1967 : Suède 2 665 \$ — France 1 738 \$

Sur la période 1960-1967, le taux moyen de natalité a été de + 1,5 % par an et le taux de mortalité ⁽¹⁾ de + 1,0 % laissant un taux d'accroissement naturel d'environ + 0,5 % par an auquel on doit ajouter l'immigration nette de + 0,2 % pour aboutir à un taux moyen annuel d'accroissement de population d'environ + 0,7 % par an.

Durant la même période, l'espérance de vie à la naissance était pour les hommes de 71,7 ans et pour les femmes de 76,1 ans.

Enfin, caractéristique importante pour expliquer la part de l'hospitalisation dans la consommation médicale, la population est dispersée sur le territoire puisque les trois grandes agglomérations Stockholm, Göteborg et Malmö, ne regroupaient que 30 % de la population et que pour une densité moyenne de 19 habitants au kilomètre-carré, le maximum se situait à 186 h/km² (Stockholm) et le minimum à 3 h/km² dans le Comté de Norrbottens dans l'extrême nord du pays.

Relativement à la population française, la population suédoise apparaît au travers de ces caractéristiques très générales, entre 1960 et 1967 :

- être moins chargée par la population jeune ;
- avoir des taux de mortalité et de natalité ainsi qu'un taux moyen global d'accroissement annuel plus faibles.
- avoir une espérance de vie sensiblement plus élevée, surtout pour les hommes.

SECTION II.

L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX

2.1. LE POTENTIEL DES MOYENS DE PRODUCTION

En 1967, les effectifs de personnels et les nombres de lits d'hôpitaux se résumaient ainsi :

- A. Effectifs de médecins : 9 240 soit 117 pour 100 000 habitants, dont 56,5 % de généralistes ⁽²⁾ et 43,5 % de spécialistes. Le taux moyen d'augmentation de l'ensemble des effectifs a été de + 3,8 % par an sur la période 1961-1967.
- B. Effectifs d'infirmières et sages-femmes : 27 110 dont 25 200 infirmières et 1 910 sages-femmes, soit une densité totale de 343 pour 100 000 habitants. Le taux moyen d'augmentation des effectifs de 1961 à 1967 a été de + 2,3 % par an.
- C. Effectifs de dentistes : 6 130 soit 78 pour 100 000 habitants. L'augmentation du nombre de dentistes entre 1961 et 1967 s'est faite au rythme moyen de 2,5 % par an.
- D. La capacité totale en lits d'hôpitaux publics et privés, toutes disciplines réunies, était de 126 010 lits répartis dans 900 établissements, soit une densité totale de 1 596 lits pour 100 000 habitants et un accroissement de la capacité de + 1,1 % par an de 1960 à 1967.
- E. Effectifs de pharmaciens : 840 soit 10,6 pour 100 000 habitants, l'augmentation moyenne du nombre des pharmaciens de 1961 à 1967 a été de + 1,0 % par an. Le nombre d'officines non-hospitalières était de 600 en 1967 soit 7,7 pour 100 000 habitants.

(1) Taux de mortalité infantile : Suède : 1,3 % — France 1966 : 1,8 % (taux non corrigé).

(2) Y compris les médecins « internistes ».

Évalué par rapport aux densités pour 100 000 habitants et abstraction faite de sa qualité et de sa productivité difficiles à mesurer ici, le potentiel des moyens de production de soins suédois apparaît dans tous les domaines, sauf pour les médecins, supérieur à la situation française dans les années 1966 à 1968 (1). Les taux de croissance (2) observés sur la période récente ne semblent pas, d'autre part, permettre à court terme de réduire les écarts.

2.2. L'ADMINISTRATION DES SERVICES MÉDICAUX

Toutes les activités touchant la santé sont soit sous la responsabilité directe, soit sous tutelle des autorités publiques suédoises, État ou Collectivités locales.

Le Ministère des Affaires Sociales, dont le Bureau National de la Santé est l'organe principal en ce domaine, supervise l'ensemble des activités sanitaires et médicales notamment : les personnels médicaux (en particulier les médecins-chefs de district), les hôpitaux, les pharmacies. Il contrôle directement certains organismes comme le Laboratoire Pharmaceutique National et les institutions nationales de médecine légale. Il gère également les subventions du budget de l'État allouées à l'ensemble des établissements hospitaliers aussi bien pour leur exploitation que pour leurs équipements.

Toutefois, ce sont les collectivités locales qui ont les responsabilités les plus importantes dans le secteur des soins médicaux. Les 25 conseils de Comté, que l'on pourrait comparer aux conseils généraux des départements français, administrent ou ont sous leur tutelle les services des médecins locaux (urbains et ruraux), des infirmières et sages-femmes de district, les services publics de soins dentaires, 655 hôpitaux sur 900 etc...

L'Office National de Sécurité Sociale lié au gouvernement assure de façon indépendante la gestion centrale des activités des 25 sociétés d'assurances sociales de district. Celles-ci administrent directement l'organisation et la distribution des prestations à la population.

Enfin, il existe parallèlement certains organismes de caractère public à fonction particulière traitant des problèmes sanitaires et médicaux. Par exemple, l'Institut National de la Santé Publique travaille dans la recherche médicale industrielle et alimentaire, l'Institut pour la Planification et la Rationalisation des Services Médicaux et Sociaux (SPRI) s'occupe aussi bien de la coordination des plans d'équipement sanitaire que de la standardisation des constructions et des matériels hospitaliers.

2.3. L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX

La structure de l'organisation suédoise des soins médicaux peut être analysée selon deux grandes branches : les soins ambulatoires y compris la pharmacie et les soins hospitaliers.

A) *Les soins ambulatoires* relèvent de deux secteurs, l'un public et privé non lucratif, l'autre privé lucratif.

• Le secteur public a effectué en 1966 un peu plus de 74 % des séances de médecins des soins ambulatoires. Il comprend deux grandes catégories d'entreprises :

(1) France (densité pour 100 000 hab.) Médecins : 118,3 — Dentistes : 37,6 — Infirmières et sages-femmes : 279,4 — Pharmaciens : 32,5 — Lits d'établissements hospitaliers publics et privés (hospices et maisons de retraite exclus) : 1 015.

(2) Taux de croissance annuel moyen des effectifs — France 1960 — 1967. Médecins : + 3,0 % — Dentistes : + 3,2 % — Lits hospitaliers (1962-67) : + 1,8 %.

a) les consultations externes hospitalières, les dispensaires et centres de soins responsables d'environ 50 % des séances de médecins en 1966. Les institutions se répartissaient ainsi :

- 200 unités de consultations hospitalières ;
- 11 policliniques ;
- 1 424 centres de P.M.I. ;
- 653 dispensaires antituberculeux ;
- 28 policliniques antivénéériennes ;
- 20 bureaux d'hygiène sexuelle ;
- 80 autres centres de soins spécialisés ;
- 914 cliniques dentaires.

L'ensemble occupait en 1967 environ 60 % du corps médical et 30 % des dentistes.

b) Les services locaux composés de 25 Médecins chefs de district assistés de Médecins-Adjoints ayant sous leur responsabilité 736 médecins des districts urbains et ruraux recevant à la fois un salaire de l'État et des Comtés et des honoraires correspondant aux prix des actes payés par les malades. Ces services comprenaient également 1 850 infirmières et 300 sages-femmes. L'ensemble a produit en 1966 : 24,5 % des séances de médecins de soins ambulatoires.

• Le secteur privé regroupait environ 28 % du corps médical et produisait 26 % des séances de médecins. Il est beaucoup plus important pour les dentistes puisque 70 % de ceux-ci exerçaient en 1967 sous cette forme. Les pourcentages respectifs étaient en France de 70 % pour les médecins et 78 % pour les dentistes en 1967.

Enfin, il convient d'ajouter que les 600 officines de pharmacie sont des entreprises privées réglementées ayant le monopole de la distribution des produits pharmaceutiques.

B) *Les soins hospitaliers* occupent en Suède une place prépondérante dans l'organisation de la distribution des soins.

Un des traits caractéristiques du réseau est qu'il relève presque entièrement des autorités publiques. Sur 126 010 lits d'hôpitaux en 1967, 3,8 % étaient gérés par l'État, 88,1 % par les Comtés, 1,4 % par les communes, 1,5 % par les associations ou fondations et seulement 5,2 % par le secteur privé lucratif contre environ 30 % en France pour l'ensemble du secteur privé.

Le classement par catégorie d'hôpitaux est dans ses grandes lignes, assez voisin de celui utilisé en France :

- les hôpitaux pour maladies somatiques, c'est-à-dire d'une part les établissements généraux ⁽¹⁾ : 62 % des lits, d'autre part les établissements antituberculeux pulmonaires : 2 % des lits.
- les hôpitaux psychiatriques ⁽²⁾ soit 36 % des lits.

Le tableau 1 résume les caractéristiques du fonctionnement du système hospitalier suédois en 1967 qui permettent de faire une comparaison avec l'ensemble des hôpitaux français ⁽³⁾.

(1) Hôpitaux généraux universitaires, hôpitaux pour rhumatismes, hôpitaux d'orthopédie, hôpitaux ruraux, hôpitaux pour maladies épidémiques, hôpitaux de chroniques, maisons maternelles, etc...

(2) Hôpitaux psychiatriques proprement dit, institutions pour attardés mentaux, établissements pour épileptiques.

(3) Sources : Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, ensemble des établissements publics et privés.

TABLEAU 1
Principales caractéristiques du système hospitalier suédois
(1967)

		Généraux	Anfiteuberculeux	Psychiatriques	Ensemble
Publics et privés non lucratifs	} Nombre lits	418	15	246	679
		75 180	2 585	41 672	119 437
Privés lucratifs	} Nombre lits	73	—	148	221
		2 818	—	3 755	6 573
Ensemble des hôpitaux	} Nombre lits	491	15	394	900
		77 998	2 585	45 427	126 010
L/100 000 h		988,2	32,7	575,5	1 596,4
Entrées (E)		1 145 966	7 841	52 212	1 206 019
E/100 000 h		14 519	100	661	15 280
Journées (10 ³)		23 300	636	15 467	38 403
Séjour moyen		19,5 j	81,1 j	296,2 j	31,8 j
Coefficient d'occupation.		78,3 %	67,4 %	93,3 %	83,5 %
Personnel					
Médecins	} Nombre d/lit	4 706	45	623	5 374
		0,06	0,02	0,01	0,04
Infirmières, sages-femmes, puéricultrices	} Nombre d/lit	21 224	349	984	22 557
		0,28	0,13	0,02	0,18
Auxiliaires aides-soignants	} Nombre d/lit	34 897	737	17 981	53 615
		0,46	0,29	0,39	0,43
Personnel de service	} Nombre d/lit	12 501	476	4 339	17 316
		0,16	0,18	0,10	0,14
Personnel administratif	} Nombre d/lit	2 286	50	784	3 120
		0,03	0,02	0,02	0,03
Ensemble	} Nombre d/lit	75 614	1 657	24 711	101 982
		0,99	0,64	0,54	0,82

Il ressort de celle-ci :

- a) que la densité de lits et la fréquentation sont plus élevées en Suède avec 988 lits et 14 519 entrées pour 100 000 habitants dans les hôpitaux généraux (France, 1967 : 690 lits, 11 100 entrées) ⁽¹⁾ et très fortement supérieures dans les hôpitaux psychiatriques avec 576 lits et 661 entrées (France, 1968 : 215 lits, et environ 250 entrées) ⁽²⁾.
- b) que les durées moyennes de séjour et coefficients d'occupation sont assez voisins pour les hôpitaux généraux (France 1966 : 21,1 jours et 80,2 %). Par contre, dans les hôpitaux psychiatriques en Suède ils paraissent être nettement inférieurs (France, 1966 : 480 jours, 99 %). Toutefois, ces comparaisons doivent être retenues avec une certaine prudence, car dans l'un et l'autre cas, il n'est pas précisé les modalités d'enregistrement des entrées et en particulier si les transferts entre hôpitaux sont ou non décomptés. D'autre part, ces indicateurs très généraux reflètent les influences parfois contradictoires et sans doute variables dans les deux pays du niveau de capacité hospitalière, du nombre de personnels et matériel, du rythme de diffusion du progrès technique médical, etc... dont il est impossible avec les données utilisées de connaître le résultat sur la durée de séjour et le coefficient moyen d'occupation.
- c) que la proportion moyenne de personnes par lit était d'environ 1 personne dans les hôpitaux généraux, 0,5 dans les psychiatriques et 0,6 dans les antituberculeux.

La comparaison avec la situation française n'est pas possible, faute de renseignement sur les effectifs des cliniques privées. Tout au plus peut-on dire que, comparé aux seuls établissements généraux publics en 1966 et pour une proportion assez voisine (0,9) de personnel non médical (médecins exclus) par lit, le nombre de personnel soignant était supérieur en Suède à ce qu'il était en France :

Infirmières, sages-femmes, puéricultrices	Suède : 0,28/lit	France : 0,10/lit (CHR : 0,17)
Auxiliaires, aides soignants	Suède : 0,46/lit	France : 0,26/lit (CHR : 0,39)

On notera, cependant, que les proportions suédoises sont surévaluées du fait que les effectifs de personnel hospitalier comprennent, dans une mesure non précisée, les personnels des consultations externes qui sont beaucoup plus développées en Suède qu'en France.

Les grands traits qui se dégagent de la comparaison des systèmes de production de soins médicaux suédois et français peuvent se résumer ainsi :

- 1) Le système suédois fait une place beaucoup plus grande au secteur public dans les deux domaines des soins de médecins et des soins hospitaliers. La répartition entre les secteurs publics et privés est à peu près semblable, en ce qui concerne les soins dentaires et la pharmacie. Dans l'ensemble et en raison de l'importance des deux premières catégories de soins, le secteur public est beaucoup plus développé en Suède qu'en France.
- 2) Le potentiel des moyens de production mesuré en nombres de personnels et de lits, est sensiblement supérieur à ce qu'il est en France,

(1) Cliniques privées médico-obstétrico-chirurgicales + Hôpitaux généraux publics (hospices et maisons de retraite exclus, y compris les quartiers psychiatriques et sections annexes).

(2) Quartiers psychiatriques exclus.

sauf pour les praticiens. Cependant, la densité plus faible de médecins doit être pondérée par le fait que la proportion de praticiens exerçant soit en hôpital, soit en centre de soins et dispensaires, est plus élevée qu'en France. Ceci signifie que si, comme on l'admet généralement, la productivité est plus élevée et peut être la qualité des soins mieux assurée dans cette forme d'exercice qu'en pratique individuelle, on ne peut pas dire que la densité plus faible de médecins enregistrée en Suède ait pour conséquence une moindre accessibilité aux soins et une moindre satisfaction de la demande des malades qu'en France (1).

- 3) Enfin, les rythmes d'augmentation des effectifs de personnels des services médicaux et des nombres de lits hospitaliers, pour être en général inférieurs à ceux estimés en France, doivent être rapportés à une population totale qui croît aussi moins vite, c'est-à-dire que les densités n'évoluent pas très différemment.

SECTION III. LES DÉPENSES DU SECTEUR MÉDICAL

Les évaluations des tableaux de dépenses et de modes de financement des collectivités publiques et de la Sécurité Sociale ont été élaborées à partir des statistiques comptables des diverses institutions. Celles portant sur les dépenses directes définitives des ménages, proviennent des résultats d'enquêtes générales de consommation : elles ne retiennent que les honoraires payés aux médecins et aux dentistes en pratique publique et privée, de ville et hospitalière, ainsi que les dépenses de pharmacie mais à l'exclusion des dépenses d'auxiliaires, d'appareils médicaux, et de frais de séjour dans les cliniques privées.

Les évaluations de la consommation médicale totale et celles portant sur chacun des postes particuliers de soins, sont donc sous-estimées pour chacune des années étudiées de 1960 à 1967 et dans des proportions variables du fait de l'évolution de la législation sociale, mais pour un montant non évaluable d'après les données disponibles.

On étudiera d'une part l'ensemble des dépenses du secteur de la santé, d'autre part la structure des dépenses de consommation.

3.1. CONSOMMATION ET INVESTISSEMENT

L'ensemble des dépenses se montait à 8 896 millions de Couronnes suédoises en 1967. Elles ont augmenté de 15,1 % par an à prix courants de 1960 à 1967. Elles étaient financées en 1967 à raison de 79,3 % par les Administrations et 20,7 % par les ménages, la tendance ayant été depuis 1960 à une augmentation de la charge des administrations, imputable surtout à la progression régulière de la participation des collectivités publiques au financement de la consommation.

Le tableau 2 fait aussi ressortir que les dépenses courantes représentaient 88 % du total, et les investissements publics 12 %, ceux-ci ayant, tendance à croître un peu plus rapidement que la consommation entre 1960 et 1967. Les valeurs globales et les proportions seraient modifiées si l'on pouvait tenir compte des investissements du secteur privé, mais dans des proportions sans doute très faibles en raison de l'importance des hôpitaux, dispensaires et centres de soins publics dans la formation brute de capital fixe totale.

(1) Suède 1966 : Nombre de consultations de médecins par habitant : 2,4. France 1966 : Nombre de consultations par habitant : 2,7. La comparaison doit faire abstraction des visites car si elles représentaient 1,3 « V » par habitant en France en 1966, elles sont très rares en Suède et le plus souvent remplacées par l'hospitalisation.

TABLEAU 2
Structure des dépenses du secteur de la santé
Suède (1960-1967)

	1960			1967		
	Consom- mation	Investis. public	Total	Consom- mation	Investis. public	Total
1. État	14,9	3,2	18,1	20,0	2,0	22,0
2. Collectivités locales ...	35,3	7,0	42,3	38,6	10,3	48,9
dont Comtés:.....	24,4	5,8	30,2	29,6	7,8	37,4
3. Sécurité Sociale.....	11,6	—	11,6	8,4	—	8,4
4. Total administrations.	61,8	10,2	72,0	67,0	12,3	79,3
5. Ménages	28,0	—	28,0	20,7	—	20,7
6 = 4 + 5 Total %	89,8	10,2	100,0	87,7	12,3	100,0
Valeurs (10 ⁶ Kr) ...	2 982,6	337,7	3 320,3	7 800,1	1 095,7	8 895,8

La consommation étant analysée plus en détail dans le paragraphe suivant, on soulignera que, comparée à la situation française, les investissements publics sont en Suède d'un niveau particulièrement élevé. Avec un total de 1 096 millions de Kouronnes en 1967 soit 3,6 % du total de la Formation Brute de Capital Fixe Nationale, ils représentaient environ 139 Kouronnes par habitant, c'est-à-dire environ 4 fois la valeur de la F.B.C.F. par tête du secteur public estimée en France la même année, qui par ailleurs ne rentrait que pour une proportion d'environ 1,2 % dans l'ensemble de la F.B.C.F. totale (1).

Les investissements publics ont augmenté en Suède de + 18,3 % par an à prix courants de 1960 à 1967. Ils sont totalement à la charge des administrations, l'évolution de la structure de leur financement sur la période étudiée faisant apparaître une diminution de la part de l'État (1960 : 31,2 % ; 1967 : 16,3 %) et corrélativement une augmentation de celle des collectivités locales (68,8 % à 83,7 %) dont pour les seuls Comtés un accroissement de 57,1 % à 63,3 %.

Enfin, il est important de noter qu'en Suède, au niveau de l'organisation, les responsabilités du financement d'une part de la consommation (2), d'autre part des investissements, sont en grande partie confondues à l'échelon des pouvoirs publics, principalement à celui des Comtés. Ainsi peut être assurée une certaine homogénéité de décisions dans le domaine de la santé à l'inverse de ce que l'on observe en France où l'État et les collectivités locales ne contrôlent financièrement qu'en partie l'investissement public et très peu celui du secteur privé, et où ils n'interviennent

(1) Estimation provisoire de la FBCF du secteur hospitalier public en France en 1967 : 1 687 millions de Francs, soit 34 F par habitant. La conversion au taux de change officiel donne 132 F par tête pour la Suède en 1967. La prise en compte des investissements privés dans les deux pays réduirait l'écart mais sans doute de façon peu importante.

(2) Cf. § 4.2.

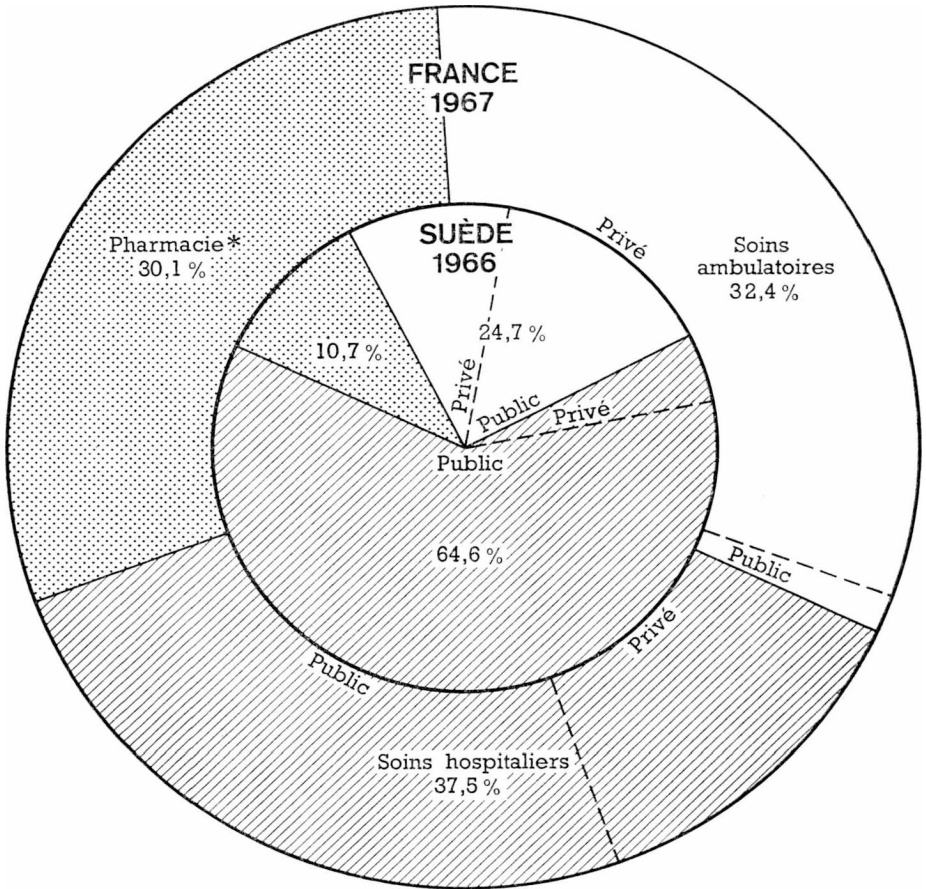
que très faiblement dans les dépenses de consommation couvertes surtout par la Sécurité Sociale qui n'a qu'un rôle très effacé dans le financement des investissements.

3.2. STRUCTURE ET ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION MÉDICALE

Les graphiques 1, 2, 3 ainsi que les tableaux 3 et 7 permettent d'analyser les structures (1) de la consommation médicale selon les branches de soins et son évolution entre 1960 et 1967.

GRAPHIQUE 1

Structures comparées des consommations médicales en Suède et en France (%), 1966-1967



* : y compris en France la lunetterie et l'orthopédie, 1,8% de la consommation médicale

(1) Les différences de structure constatées entre le tableau 3 portant sur 1967 et le graphique 6 portant sur l'année 1966 s'expliquent en partie par le décalage d'une année mais aussi par les imprécisions sur les paiements directs des ménages mal connus, notamment pour la pharmacie sans ordonnance et les frais de dentistes libéraux.

TABLEAU 3

CONSOMMATION MÉDICALE SUÉDOISE PAR BRANCHES DE SOINS ET MODES DE PAIEMENT EN 1967

Millions de Kouronnes

	Soins médicaux										Total soins médicaux	Pharmacie (hors hôpital)	Transport	Total de la consommation médicale	
	Ambulatoires					Hospitaliers								Valeur	%
	Privés		Publics			Total ambulat.	Généraux et antitub.	Psychiat.	Total						
	Médecins	Dentistes	Médecins de district	Dentistes	Consul. hosp. dispen.										
	1	2	3	4	5					6 = 1 + 2 + 3 + 4 + 5					
1. État	—					1 781,4				1 781,4	—	*	1 781,4	22,8	
2. Col. locales	—					3 435,0				3 435,0	—	*	3 435,0	44,0	
Comtés	—												2 638,1	33,8	
Communes	—												796,9	10,2	
3. Sécurité Sociale			340,8				89,8			430,6	239,0	77,1	746,7	9,6	
4. Total administrat.						5 647,0				5 647,0	239,0	77,1	5 963,1	76,4	
5. Ménages						1 097,0				1 097,0	740,0	*	1 837,0	23,6	
6. Total général ...						6 744,0				6 744,0	979,0	77,1	7 800,1	100,0	
Proportions 1967 ..										86,5 %	12,5 %	1,0 %	100,0	X	
Proportions 1966 (cf. grap. 4).....	1,7	8,9		14,1		24,7				89,3 %	10,7 %	*	100,0		

— Nul ou négligeable.
* Absence de données.

3.2.1. Structure de soins médicaux par branches de soins 1966-1967

A) Les soins ambulatoires représentaient environ 25 % du total de la consommation médicale et se ventilaient ainsi que le montre le tableau 4.

TABLEAU 4
Structure des dépenses de soins ambulatoires

	Suède 1966			France 1967		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Médecins, consultations hospitalières, dispensaires, etc...	43,3	6,9	50,2	3,7 (*)	63,3 (*)	67,0 (*)
Dentistes, cliniques dentaires.	13,8	36,0	49,8	—	33,0	33,0
Total	57,1	42,9	100,0	3,7	96,3	100,0
% de la consommation médicale totale.....	14,1	10,6	24,7	1,2	31,2	32,4

(*) Médecins — Analyses — Auxiliaires.

Il ressort que :

- les dépenses de soins ambulatoires en Suède sont nettement inférieures en proportion de la consommation médicale à ce qu'elles sont en France, et d'environ le quart ;
- les dépenses de médecins et d'auxiliaires représentent environ la moitié des soins ambulatoires, dont 33 % pour les consultations externes hospitalières, l'autre moitié étant consacrée aux soins dentaires. Comparés à l'ensemble des soins ambulatoires en France, les soins de médecins et d'auxiliaires tiennent une place plus faible en Suède et les dentistes une place plus importante. Ces disproportions, mises à part les différences de prix, résultent en grande partie de ce que si les soins dentaires, presque toujours extra-hospitaliers dans les deux pays, sont par rapport à la consommation médicale totale légèrement plus développés en Suède (12,3 %) qu'en France (10,2 %), les autres soins ambulatoires (12,4 % en Suède ; 22,2 % en France) le sont beaucoup moins parce qu'ils sont complétés par un recours plus grand à l'hospitalisation ;
- le secteur public est responsable d'environ 57 % des soins ambulatoires contre 43 % pour le secteur privé, celui-ci occupant en France la plus grande place (96 %), les consultations externes d'hôpitaux publics ne faisant qu'une proportion d'un peu moins de 4 % du total des soins ambulatoires.

B) Les soins hospitaliers représentaient environ 65 % de la consommation médicale suédoise en 1966.

TABLEAU 5

Structure des dépenses de soins hospitaliers

	Suède 1966			France 1964		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Hôpitaux généraux et antituberculeux	70,4	4,5	74,9	(55,0)	(31,0)	(86 %)
Hôpitaux psychiatriques	22,9	2,2	25,1	(11,0)	(3,0)	(14 %)
Total	93,3	6,7	100,0	66,0	34,0	100,0
% dans la consommation médicale totale	60,3	4,3	64,6	24,8	12,7	37,5

Le tableau ci-dessus montre que par rapport aux dépenses hospitalières françaises la consommation suédoise de soins hospitaliers,

- est une part beaucoup plus importante des dépenses médicales totales (Suède : 65 % ; France : 38 %), d'environ 72 % supérieure en proportion à celle enregistrée en France. Ces écarts sont évidemment corrélés avec les densités de lits et les taux de fréquentation plus élevés constatés dans la section précédente ;
- est répartie assez différemment entre les catégories de soins hospitaliers, d'une part généraux et antituberculeux (1), d'autre part psychiatriques. On observe, en effet, que par rapport au total des dépenses hospitalières, les hôpitaux généraux et antituberculeux en représentent 75 % en Suède et les hôpitaux psychiatriques 25 %. La comparaison avec les dépenses correspondantes en France n'est pas possible directement, mais l'estimation (2) faite sur la base de l'année 1964 semble indiquer que les soins en hôpitaux psychiatriques ne représenteraient qu'un peu moins de 15 % du total de la consommation hospitalière française contre 86 % pour les soins en établissements généraux et antituberculeux. La part des lits de psychiatrie dans les hôpitaux généraux ne justifie pas une telle différence puisque les quartiers psychiatriques ne comptaient que 9,5 % des lits de ce secteur en Suède en 1967, et 9,3 % en France en 1964.

De même que précédemment, l'explication de ces différences doit être recherchée dans le plus grand développement de la capacité et de la fréquentation des établissements psychiatriques en Suède qu'en France, où ils sont bien souvent les parents pauvres du système hospitalier,

(1) Les soins en hôpitaux antituberculeux ne sont en Suède comme en France qu'une faible partie (2 à 4 %) des soins hospitaliers et peuvent être inclus avec ceux des hôpitaux généraux sans fausser les comparaisons très globales faites ici.

(2) Les hôpitaux psychiatriques publics représentaient en 1964 : 78,4 % des lits de psychiatrie (quartiers psych. exclus) et 11 % de la consommation hospitalière totale. En supposant : 1° que les hôpitaux psychiatriques privés sont pour la majorité les hôpitaux faisant fonction de public ; 2° qu'en raison de leurs liens très étroits avec le secteur public leur part dans les dépenses de soins psychiatriques est proportionnelle à leur nombre de lits (21,6 % des lits psychiatriques), la proportion des dépenses dans les hôpitaux psychiatriques, privés dans le total de la consommation hospitalière est estimée à 3 %.

— est en Suède dans la presque totalité (93,3 %) produite par le secteur public contre les deux tiers en France. Inversement, le secteur privé occupe une place marginale en Suède avec moins de 7 %, alors qu'en France, il représente environ le tiers des soins hospitaliers.

C) La consommation pharmaceutique, à l'exclusion de celle occasionnée par l'hospitalisation, correspondait en 1966 à environ 11 % de la consommation médicale totale en Suède contre 28,0 % en France.

TABLEAU 6
Structure de la consommation pharmaceutique

	Suède 1966			France 1965		
	Ventes aux ménages (1)	Consommation hospitalière (2)	Total	Ventes aux ménages (1)	Consommation hospitalière (3)	Total
% de la consommation pharmaceutique totale.	86,7	13,3	100,0	91,7	8,3	100,0
% de la consommation médicale totale	11,0	1,7	12,7	28,0	2,5	30,5

(1) Avec et sans ordonnance.
(2) Ventes de l'industrie, commerce de gros et officines aux hôpitaux + pharmacie militaire.
(3) Hôpitaux publics (9% des charges d'exploitations) + cliniques privées (6%).

La place tenue par l'hospitalisation dans le système suédois contribue à fausser la comparaison entre les deux consommations. En incluant les dépenses hospitalières, les proportions de la consommation pharmaceutique totale par rapport à l'ensemble de la consommation médicale deviennent respectivement : Suède 12,7 %, France 30,5 %

Les variations de stocks incluses dans les évaluations suédoises mais non dans les chiffres français et l'imprécision des estimations des achats sans ordonnance dans l'un et l'autre pays, ne justifient pas à elles seules un tel écart. L'explication doit être recherchée dans la structure de la consommation pharmaceutique elle-même, c'est-à-dire dans les différences de volumes consommés et les niveaux de prix des produits, ce que les statistiques disponibles pour cette comparaison ne permettent pas.

D) Les dépenses de transports des malades méritent d'être isolées en Suède en raison de la dispersion géographique de la population. Seule la charge de la Sécurité Sociale a été comptabilisée en 1967, elle représentait environ 1 % de la consommation médicale totale. Toutefois, cette évaluation est certainement sous-estimée car elle ne comprend ni la part imputée dans les dépenses d'hospitalisation, ni celle restant définitivement à la charge des ménages.

D'autre part, la comparaison avec le poste correspondant en France n'est pas possible faute de donnée.

3.2.2. Évolution des dépenses de consommation médicale de 1960 à 1967

L'analyse de l'évolution de la consommation médicale suédoise totale et par tête ne peut, en raison des renseignements disponibles, être faite qu'au niveau de l'ensemble des dépenses et non poste par poste. Aussi ne donnera-t-on qu'une comparaison très globale des évolutions respectives en Suède et en France de la valeur, du volume et de l'indice du prix de la consommation médicale.

A) Évolution de la consommation totale

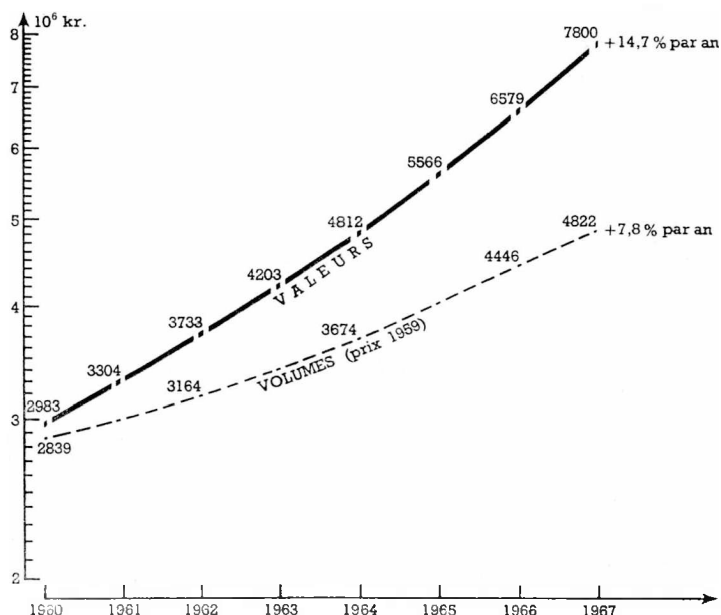
Durant la période 1960-1967, la valeur de la consommation médicale est passée de 2 983 millions à 7 800 millions de Couronnes suédoises, soit

SUÈDE

GRAPHIQUE 2

Évolution de la consommation médicale en valeur et volume de 1960 à 1967

(Millions de Kr.)



une augmentation moyenne de + 14,7 % par an plus rapide que celle du P.N.B. qui a été de 9,2 % par an.

Dans le même temps, l'évolution en volume, mesurée en prix constants 1959, se faisait au rythme de + 7,8 % par an soit une augmentation de

l'indice du prix de la consommation médicale de l'ordre de + 6,4 % par an.

Comparées aux évolutions correspondantes en France résumées au tableau 7 les augmentations ne paraissent donc pas très divergentes d'autant plus que le rythme de croissance de l'indice des prix en France, corrections faites sur l'indice du prix des produits pharmaceutiques, se situerait pendant cette période dans une fourchette de + 4,2 % à + 6,5 % par an, ce qui donne une évolution en volume entre + 7,4 % et + 9,9 % par an.

TABEAU 7

**Évolution comparée de la consommation médicale
(1960-1967)**

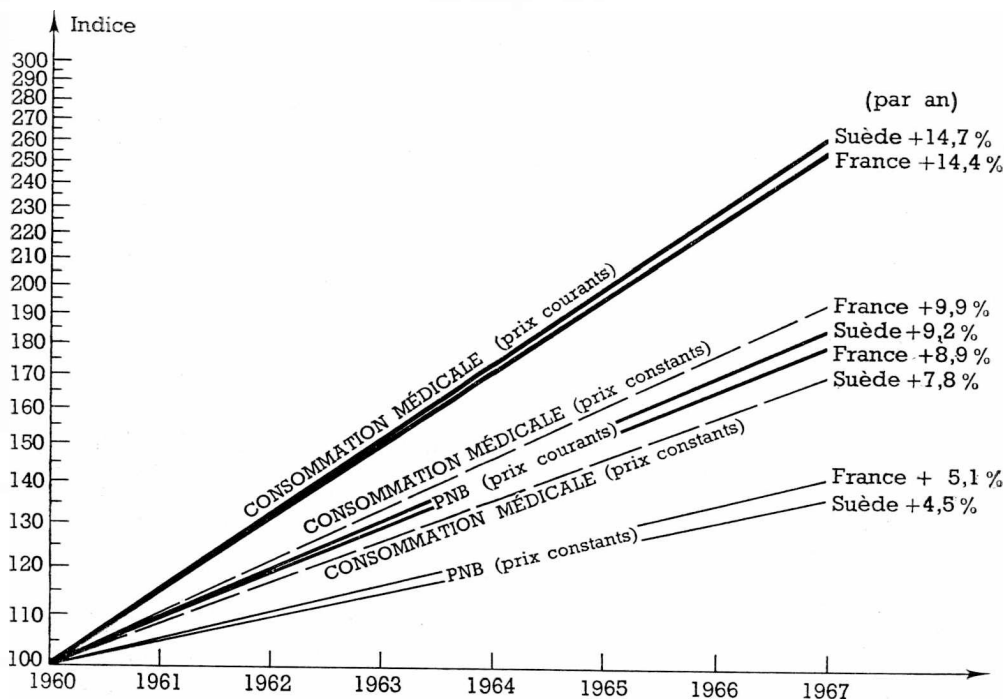
	Suède			France			
	Valeur (10 ⁶ Kr)	Indice	Accroissement annuel moyen	Valeur (10 ⁶ F)	Indice	Accroissement annuel moyen	
Consommation médicale							
Valeur	{ 1960 1967	{ 2 982,6 7 800,1	{ 100,0 261,5	{ + 14,7 %	{ 11,915 30 603	{ 100,0 256,8	{ + 14,4 %
Volume (1)	{ 1960 1967	{ 2 839,1 4 822,0	{ 100,0 169,8	{ + 7,8 %	{ 13 225 25 553	{ 100,0 193,2	{ + 9,9 % (2)
Indice du prix de la consommation médicale	{ 1960 1967	{ — —	{ 100,0 154,0	{ + 6,4 %	{ — —	{ 100,0 132,9	{ + 4,2 %
% du P.N.B.							
Valeur	1960 1967	{ 4,5 % 6,1 %	{ 100,0 135,6	{ + 4,5 %	{ 4,0 % 5,7 %	{ 100,0 142,5	{ + 5,2 %
Volume	{ 1960 1967	{ 4,0 % 5,5 %	{ 100,0 137,5	{ + 4,7 %	{ 4,1 % 5,6 %	{ 100,0 136,6	{ + 4,6 %
<p>(1) Suède : prix 1959 — France : prix 1962. (2) Selon l'indice de prix utilisé pour la pharmacie le volume aurait augmenté à un rythme se situant entre + 7,4 % et 9,9 % par an.</p>							

Pour ce qui concerne la part de la consommation médicale dans le Produit National Brut, elle paraît légèrement supérieure en Suède (4,5% en 1960 et 6,1 % en 1967) à ce qu'elle est en France (4,0% et 5,7%). En réalité, l'écart est sans doute plus sensible du fait de la sous-estimation de la part des ménages suédois dans la consommation médicale totale signalée au début de la section III.

GRAPHIQUE 3

Évolutions du P.N.B. et de la consommation médicale en Suède et en France, 1960-1967

Indice 1960 = 100



B) Évolution de la consommation médicale par tête

Il ressort du tableau 8 que le niveau de consommation médicale par tête était de 988 Kouronnes par an en 1967. Convertie au taux de change officiel de 1967 ⁽¹⁾, ce qui n'est certainement pas le meilleur indice de conversion mais est le seul utilisable en l'absence d'un taux de change mieux adapté aux productions médicales, l'estimation de la consommation médicale par tête était en Suède équivalente à 940 Francs soit 1,5 fois supérieure à celle estimée en France (616 Francs).

On ne peut retenir ces valeurs et cet écart que comme ordre de grandeur car :

- d'une part la consommation médicale suédoise est probablement plus sous-estimée que celle qui est évaluée pour la France pour les raisons évoquées au début de la section III, l'inclusion des dépenses non prises en compte dans les chiffres suédois tendrait donc à agrandir l'écart entre la consommation par tête en Suède et celle évaluée en France ;
- d'autre part les chiffres de consommation médicale française font abstraction d'une partie des dépenses incluses dans les chiffres suédois, notamment de la médecine préventive (médecine scolaire et universitaire, services prophylactiques, etc...), dont la prise en compte aurait pour conséquence de réduire l'écart entre les deux pays.

(1) 100 F = 105,18 kouronnes.

TABLEAU 8

Niveau et évolution de la consommation médicale par tête

	Suède			France			
	Kouronnes		Accroiss ^t . annuel moyen	Francs	Francs		Accroiss ^t . annuel moyen
	1960	1967		1967	1960	1967	
Valeur	398	988	+ 13,9 %	940	262	616	+ 13,0 %
Indice	100,0	248,4		—	100,0	235,1	
Volume (indice) .	100,0	161,3	+ 7,1 %	—	100,0	176,8	+ 8,4 %

Toutefois, si l'on suppose en première approximation que, dans l'un et l'autre cas, les sous-estimations sont d'importance assez faible par rapport à la consommation totale évaluée et qu'elles se compensent, on peut comparer les niveaux et les structures de la consommation médicale par habitant dans les deux pays.

En rapprochant ces évaluations des structures de la consommation médicale, telles qu'elles ressortent du graphique 1 et des tableaux 3, 4, 5 et 6, et compte tenu des réserves faites tant sur la sous-estimation de certains postes que sur l'interférence des différentes branches ⁽¹⁾ on appréciera les écarts retracés au graphique 4 de la façon suivante en 1967 :

- par rapport à la consommation française par tête, la consommation médicale totale par tête serait en Suède supérieure de 50 % environ,
- la consommation de soins de médecins et d'auxiliaires, hors hospitalisation, inférieure d'à peu près 10 % à 13 %,
- la consommation de soins dentaires supérieure de près de 75 %,
- la dépense de soins hospitaliers supérieure de 160 % environ (supérieure de 130 % pour les hôpitaux généraux et antituberculeux et de 360 % pour les établissements psychiatriques),
- la consommation de produits pharmaceutiques, hors hospitalisation, inférieure d'environ 40 %.

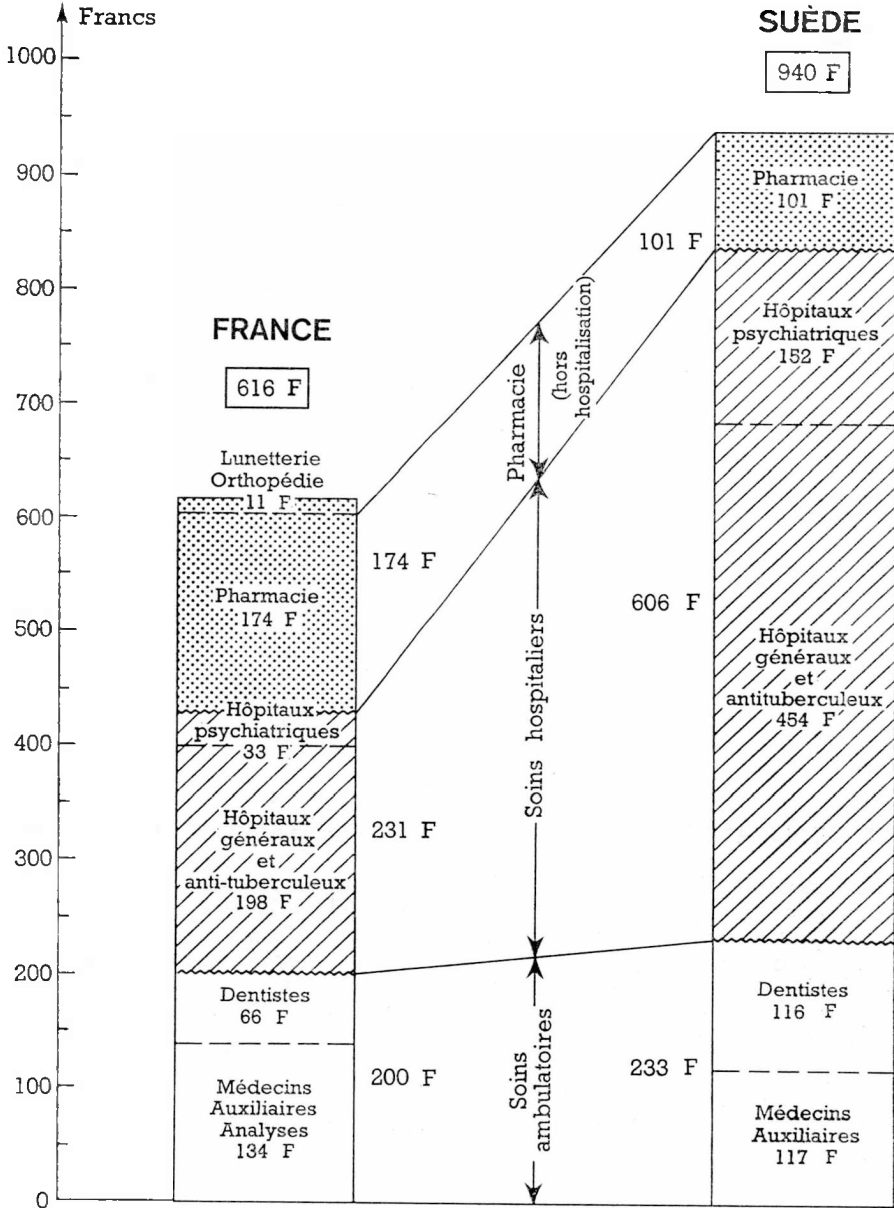
On observe par ailleurs au tableau 8, que l'accroissement de la valeur de cette consommation par habitant semble avoir été un peu plus rapide entre 1960 et 1967 en Suède (+ 13,9 % par an) qu'en France (+ 13 % par an), ce qui s'explique par l'augmentation très voisine de la consommation globale (+ 14,4 % par an), alors que l'accroissement de la population est plus lent en Suède (+ 0,7 % par an) qu'en France (+ 1,2 % par an). L'augmentation du volume par tête paraît avoir été plus rapide en France, mais cette observation est sujette aux mêmes réserves que celles faites pour la consommation globale concernant les indices de prix.

(1) Notamment sur le partage de la consommation pharmaceutique entre « ville » et « hôpital » ainsi que sur celui des soins ambulatoires et hospitaliers qui sont étroitement imbriqués en Suède.

GRAPHIQUE 4

Niveau comparé de la consommation médicale par tête en France et en Suède en 1967

(1 F = 1,0518 Kr)

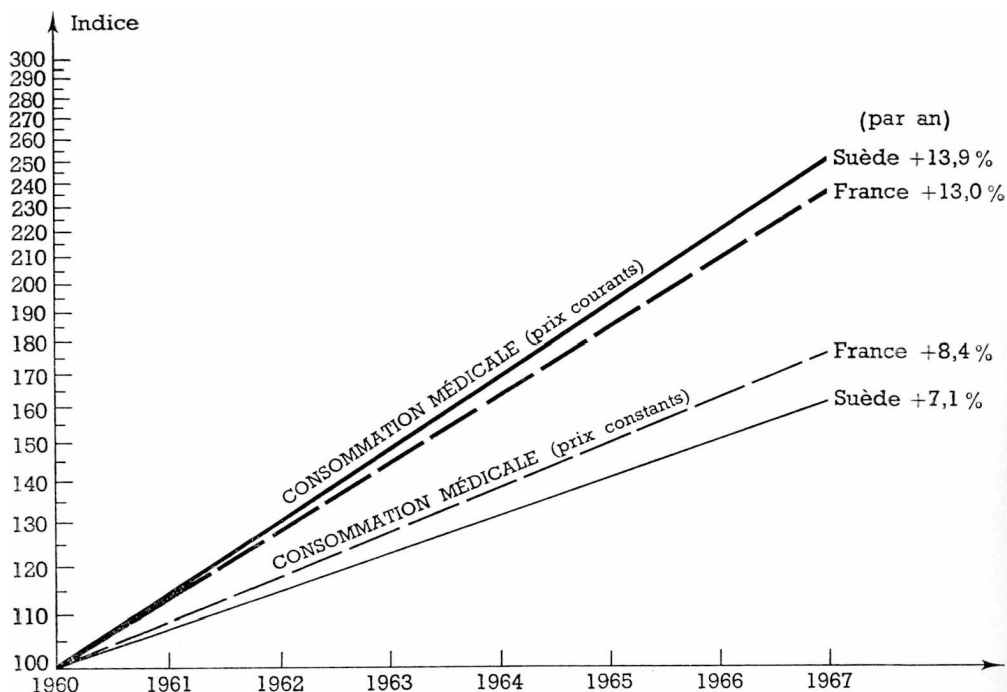


~~~~~ L'imprécision de certains chiffres et les interférences entre les trois branches de soins ont été schématisées par une ligne brisée.

## GRAPHIQUE 5

### Évolution de la consommation médicale par habitant en Suède et en France, 1960-1967

(Indice 1960 = 100)



## SECTION IV.

### LE FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION MÉDICALE

Le système de financement des dépenses de soins médicaux et de consommation pharmaceutique apparaît, tel qu'il est schématisé au graphique 6, par comparaison avec celui existant en France moins complexe quant au nombre des institutions mais aussi diversifié quant aux méthodes de couverture. On résumera d'une part le rôle des principaux « payeurs » de la consommation médicale en Suède, d'autre part la structure de ce financement et son évolution entre 1960 et 1967.

#### 4.1. LES AGENTS DU FINANCEMENT

La consommation médicale est à la charge de trois catégories de financeurs : la Sécurité Sociale, les autorités publiques et les ménages.

##### A) La Sécurité Sociale

La loi du 1<sup>er</sup> janvier 1963 a unifié le système suédois de Sécurité Sociale pour le régime maladie-maternité-invalidité ainsi que pour celui des retraites et indemnités décès.

Désormais, les 25 sociétés locales, une par Comté et l'Office National de Sécurité Sociale couvrent toute la population et les étrangers résidant en Suède. Les enfants de moins de 16 ans sont assurés automatiquement sans formalité, les personnes de plus de 16 ans ont l'obligation de s'assurer en se faisant enregistrer auprès de leur caisse locale.

Le financement de l'assurance maladie-maternité-invalidité provient de trois sources principales : les cotisations des employeurs à raison de 47,5 % des ressources en 1967, les cotisations des assurés pour 38,5 % et les subventions de l'État pour 13 %, le solde (1 %) provenant de ressources diverses (intérêts, ...).

Les charges du régime se répartissent en deux grandes masses : d'une part les prestations en espèces, c'est-à-dire les indemnités journalières et de maternité qui représentaient en 1967 environ 70 % des dépenses, d'autre part les prestations en nature sous forme de remboursements et de tiers-payant des soins médicaux et de la consommation pharmaceutique qui représentaient 23 % du total. Les frais d'administration se montaient à un peu plus de 7 % du budget.

TABLEAU 9

**Compte d'exploitation du régime maladie-maternité-invalidité  
de la Sécurité sociale suédoise, 1967 (%)**

| Dépenses                        |              | Recettes                             |              |
|---------------------------------|--------------|--------------------------------------|--------------|
| Prestations en espèce . . . . . | 69,3         | Cotisations des employeurs . . . . . | 47,5         |
| dont :                          |              | Cotisations des assurés . . . . .    | 38,5         |
| Indemnités jour : 58,6          |              | Subventions de l'État . . . . .      | 13,0         |
| Indem. de mater. : 10,7         |              | Autres . . . . .                     | 1,0          |
| Prestations en nature . . . . . | 23,1         |                                      |              |
| dont :                          |              |                                      |              |
| Médecins-Dentistes : 9,5        |              |                                      |              |
| Hôpital : 2,8                   |              |                                      |              |
| Pharmacie : 2,3                 |              |                                      |              |
| Transport : 7,4                 |              |                                      |              |
| Autres : 1,1                    |              |                                      |              |
| Administrations . . . . .       | 7,1          |                                      |              |
| Excédent . . . . .              | 0,5          |                                      |              |
| <b>Total (%) . . . . .</b>      | <b>100,0</b> | <b>Total (%) . . . . .</b>           | <b>100,0</b> |
| Valeur (10 <sup>6</sup> kr)     | 3 252        | Valeur (10 <sup>6</sup> kr)          | 3 252        |

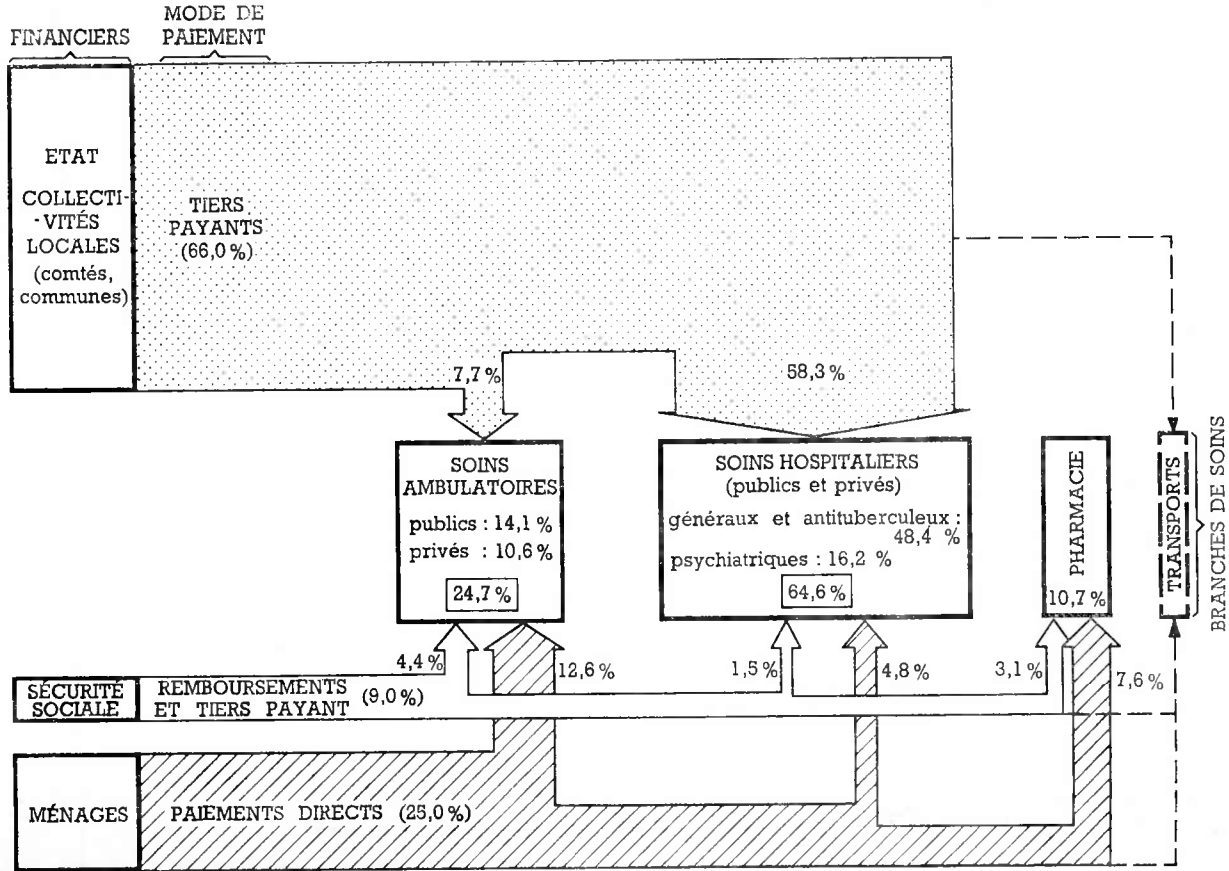
On n'insistera pas trop sur les modalités de couverture des dépenses médicales par la Sécurité Sociale, car la législation a été modifiée depuis 1967, notamment pour la consommation pharmaceutique. Le système qui prévalait en 1967 peut être résumé ainsi

- La Sécurité Sociale remboursait à 75 % les honoraires de médecins payés par les ménages, le choix du praticien étant libre et le prix des actes fixé au plan national.



GRAPHIQUE 6

Structure de la consommation médicale en Suède  
par branches de soins et modes de paiements, 1966 (%)



Consommation

- Elle n'intervenait que très peu pour les dépenses d'hospitalisation, celles-ci étant entièrement gratuites à la charge des collectivités publiques, sauf dans le secteur privé où la Sécurité Sociale couvre par remboursement ou tiers-payant une partie des dépenses.
- La consommation pharmaceutique était jusqu'en 1967 partiellement prise en charge par la Sécurité Sociale de la façon suivante : 1) certains produits considérés comme « vitaux » étaient payés à 100 % par la Sécurité Sociale. 2) Les autres produits étaient payés par l'assurance à raison de 50 % du prix pour la part supérieure à 3 Kouronnes (1). Dans la majorité des cas, la modalité du financement est celle du tiers-payant.

La comparaison avec les régimes « maladie » du système de Sécurité Sociale français n'est pas directement possible en raison de l'existence de nombreux organismes, toutefois, en se limitant au seul Régime Général Restreint, il ressort que :

- les prestations en espèces représentent la majeure partie (69 %) du système suédois contre 23 % dans le Régime Général, les prestations en nature n'étant au contraire qu'une part plus faible en Suède (23 %) contre 77 % en France ;
- par rapport aux seules prestations en nature, les soins ambulatoires représentaient en Suède 45,5 % du total, l'hospitalisation 12,1 %, la pharmacie 10 % et les transports 32 %. Les proportions correspondantes du Régime Général étaient en 1969 de 34 %, 42 % et 24 %, les prestations de transport n'étant pas isolables.

Ces différences de structure de dépenses des deux régimes s'expliquent, avant tout, par le fait suivant : l'un et l'autre assurent la presque totalité des prestations d'indemnités journalières des populations qu'ils concernent, alors que pour les prestations en nature, leur couverture est en Suède beaucoup plus répartie entre la Sécurité Sociale et les collectivités publiques aussi bien pour les soins ambulatoires que pour l'hospitalisation.

#### B) Les Collectivités publiques

L'État, mais surtout les Comtés et les communes, financent directement sur les ressources fiscales la presque totalité des soins hospitaliers publics (93 %) et une partie des soins externes, le solde étant couvert par la Sécurité Sociale.

Elles ont également à leur charge les frais de fonctionnement des dispensaires et centres de soins du secteur public et, sous forme de salaires, une part du revenu des médecins de district.

Elles participent, ainsi qu'on l'a vu au paragraphe précédent, indirectement au financement des soins couverts par la Sécurité Sociale puisque celle-ci reçoit environ 13 % de ses ressources sous forme de subventions de l'État.

#### C) Les ménages

En dehors des soins hospitaliers publics qui sont entièrement gratuits, les ménages ne paient qu'une partie des soins qui leur sont fournis par les médecins de district, les dentistes du secteur public et les dispensaires, de même en ce qui concerne la pharmacie.

Les soins fournis par le secteur privé libéral — prépondérant pour les soins dentaires — sont directement payés par les ménages.

(1) Depuis 1968 : les achats de médicaments sont délivrés à 50 % de leur prix au-delà de 5 kr et jusqu'à 25 kr, la partie supérieure à 25 kr est totalement à la charge de l'assurance. Le maximum payé définitivement par les ménages est donc de 15 kr.

Dans l'un et l'autre cas, la Sécurité Sociale prend à sa charge par remboursement ou tiers-payant une partie ou la totalité des dépenses.

Les particuliers peuvent aussi recourir à des régimes d'assurances privées complémentaires mais, comme en France, celles-ci ne tiennent qu'une très faible place dans les modes de couverture des soins médicaux.

#### 4.2. STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION MÉDICALE 1966-1967

En regroupant les comptes des diverses sources de financement et les estimations faites par le professeur T. Thoburn avec les principales branches de soins (graphique 6, tableaux 10 et 11) on peut résumer les couvertures des différentes consommations médicales en 1966 et 1967 de la façon suivante :

- a) L'ensemble des soins ambulatoires de médecins était financé à proportion d'environ 50 % par la Sécurité Sociale, 35 % par les ménages et 15 % par les administrations publiques.
- b) 75 % des soins dentaires étaient à la charge des ménages, la Sécurité Sociale n'en remboursant qu'une faible partie, 25 % étaient financés par les collectivités publiques. Il convient d'insister sur le fait que, plus que pour les autres catégories, les soins dentaires sont estimés avec certainement une marge non négligeable d'erreur en raison de l'insuffisance de statistiques en ce domaine.
- c) Les soins hospitaliers étaient couverts à raison de plus de 90 % par les collectivités publiques sur ressources fiscales, et moins de 10 % par la Sécurité Sociale et les ménages, ce dernier pourcentage représentant principalement les soins du secteur hospitalier privé.
- d) La consommation pharmaceutique extra-hospitalière sur ordonnance était à la charge de la Sécurité Sociale pour environ 50 %

TABLEAU 10

Structure comparée du financement des catégories de soins (%)

|                                       | Suède 1966-1967   |        |       |         |        |       | France 1967       |       |       |         |        |       |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-------|---------|--------|-------|-------------------|-------|-------|---------|--------|-------|
|                                       | Ambulatoires dont |        |       | Hospit. | Pharm. | Total | Ambulatoires dont |       |       | Hospit. | Pharm. | Total |
|                                       | Méd.              | Dent.  | Total |         |        |       | Méd.              | Dent. | Total |         |        |       |
| État et col. locales . . . . .        | 15,0              | 25,0   | 31,2  | 90,3    | —      | 66,8  | 2,7               | 0,2   | 1,7   | 14,2    | 3,0    | 6,7   |
| Sécurité sociale (+ Mutuel) . . . . . | 50,0              | —      | 17,8  | 2,3     | 29,0   | 9,6   | 78,1              | 42,7  | 67,3  | 69,4    | 56,6   | 64,7  |
| Total admn. . . . .                   | 65,0              | (25,0) | 49,0  | 92,6    | 29,0   | 76,4  | 80,8              | 42,9  | 69,0  | 83,6    | 59,6   | 71,4  |
| Ménages (+ Ass. privées). . . . .     | 35,0              | (75,0) | 51,0  | 7,4     | 71,0   | 23,6  | 19,2              | 57,1  | 31,0  | 16,4    | 40,4   | 28,6  |
| Total consom. 7                       | 100,0             | 100,0  | 100,0 | 100,0   | 100,0  | 100,0 | 100,0             | 100,0 | 100,0 | 100,0   | 100,0  | 100,0 |

et à celle des ménages pour 50 %. Compte tenu de la consommation sans ordonnance, les proportions respectives étaient estimées à 29 % pour la Sécurité Sociale et 71 % pour les ménages.

- e) Sur le total de la consommation médicale, l'ensemble des fonds collectifs en aurait donc financé environ 76 %, dont 66 % pour les administrations publiques et 10 % pour la Sécurité Sociale, 24 % restant à la charge des ménages.

Il convient, toutefois, de rappeler que la part des ménages n'est pas connue avec une grande précision et qu'elle paraît être plus sous-estimée en Suède qu'en France.

La comparaison que l'on peut faire à partir du tableau 10 montre que la couverture des dépenses médicales par les fonds collectifs paraît être moins forte en Suède qu'en France pour les soins ambulatoires et la pharmacie, par contre semble plus élevée pour l'hospitalisation. Dans la consommation médicale, elle apparaissait en 1967 être plus forte en Suède (76,4 %) qu'en France (71,4 %), le « ticket modérateur global » n'étant que de 23,6 % en Suède contre 28,6 % en France (1).

Mises à part les sous-estimations de la charge réelle des ménages, cet écart pourrait en partie s'expliquer par le fait que l'hospitalisation est en Suède d'une part beaucoup plus importante dans la consommation médicale totale, d'autre part presque totalement gratuite pour la population.

Ces mêmes facteurs expliquent aussi que la participation des administrations publiques, notamment des comtés pour lesquels les dépenses médicales représentent les trois quart du budget, soit de l'ordre de 67 % contre seulement 10 % environ pour la Sécurité Sociale, alors que les proportions correspondantes en France sont presque inversées (administrations publiques 7 %, Sécurité Sociale 65 %).

#### 4.3. ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION MÉDICALE

D'après le tableau 11 et le graphique 7, on constate que la dépense des administrations suédoises (+ 16,5 % par an) a augmenté plus rapidement que celle des ménages (+ 10,2 % par an), principalement du fait de l'augmentation des charges de l'État et des Comtés, alors que celles des communes et de la Sécurité Sociale ne s'accroissaient qu'à des rythmes inférieurs à la moyenne.

La conséquence est que, sur la période étudiée, la part des administrations est passée de 68,9 % à 76,4 % de la consommation médicale.

Dans le même temps en France, l'augmentation de la charge de l'ensemble des régimes maladie de Sécurité Sociale (+ 18,1 % par an) était aussi plus rapide que celle de la totalité des dépenses (+ 14,4 % par an), alors que celle des administrations publiques ne s'accroissait qu'à un rythme plus lent (+ 8,5 % par an). La part du financement collectif est passée de 1960 à 1967 de 61,4 % à 71,4 % de la consommation médicale, soit une diminution de la part des ménages de 38,6 % à 28,6 % qui reste toujours supérieure à celle qui est évaluée en Suède, mais avec un rythme de diminution plus rapide.

---

(1) Y compris la dépense de la petite partie de la population française qui n'est protégée par aucun régime de Sécurité Sociale.

TABLEAU 11

## ÉVOLUTION COMPARÉE DE LA STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION MÉDICALE DE 1960 A 1967

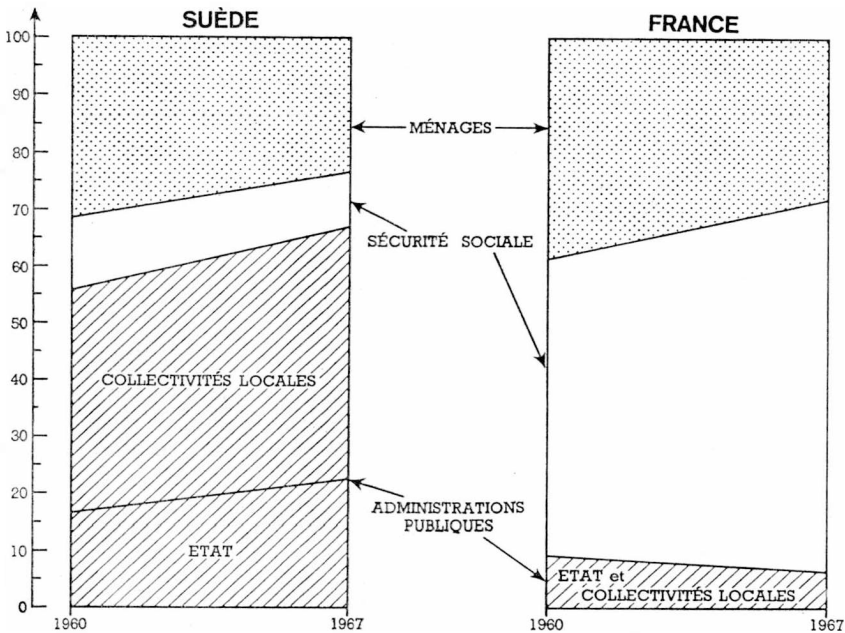
|                                     | Suède                          |       |                                |       |                                          | France                        |       |                               |       |                                          |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------|--------------------------------|-------|------------------------------------------|-------------------------------|-------|-------------------------------|-------|------------------------------------------|
|                                     | 1960                           |       | 1967                           |       | Accroiss <sup>t</sup><br>annuel<br>moyen | 1960                          |       | 1967                          |       | Accroiss <sup>t</sup><br>annuel<br>moyen |
|                                     | Valeur<br>(10 <sup>6</sup> kr) | %     | Valeur<br>(10 <sup>6</sup> kr) | %     |                                          | Valeur<br>(10 <sup>6</sup> F) | %     | Valeur<br>(10 <sup>6</sup> F) | %     |                                          |
| État .....                          | 495,3                          | 16,6  | 1 781,4                        | 22,8  | + 20,1 %                                 | 1 153                         | 9,7   | 2 039                         | 6,7   | + 8,5 %                                  |
| Collectivités locales.....          | 1 171,8                        | 39,3  | 3 435,0                        | 44,0  | + 16,6 %                                 | 1 153                         | 9,7   | 2 039                         | 6,7   | + 8,5 %                                  |
| Comtés .....                        | 809,2                          | 27,1  | 2 638,1                        | 33,8  | + 18,4 %                                 |                               |       |                               |       |                                          |
| Communes .....                      | 362,6                          | 12,2  | 796,9                          | 10,2  | + 11,9 %                                 |                               |       |                               |       |                                          |
| Sécurité Sociale (+ Mutuelles) .... | 386,5                          | 13,0  | 746,7                          | 9,6   | + 9,9 %                                  | 6,162                         | 51,7  | 19 818                        | 64,7  | + 18,1 %                                 |
| Total administrations .....         | 2 053,6                        | 68,9  | 5 963,1                        | 76,4  | + 16,5 %                                 | 7 315                         | 61,4  | 21 857                        | 71,4  | + 17,0 %                                 |
| Ménages (+ Assur. privées) .....    | 929,0                          | 31,1  | 1 837,0                        | 23,6  | + 10,2 %                                 | 4 600                         | 38,6  | 8 746                         | 28,6  | + 9,6 %                                  |
| Total consommation .....            | 2 982,6                        | 100,0 | 7 800,1                        | 100,0 | + 14,7 %                                 | 11 915                        | 100,0 | 30 603                        | 100,0 | + 14,4 %                                 |

Il n'est pas possible d'expliquer totalement ces évolutions avec les renseignements utilisés pour cette analyse, tout au plus peut-on dire que les facteurs suivants sont intervenus avec sans doute des pondérations diverses dans le changement des structures du financement de la consommation médicale des deux pays :

- l'augmentation des populations couvertes par des modes de financement collectif ;
- la modification des rapports entre soins hospitaliers et soins ambulatoires ;
- l'augmentation constatée dans les deux pays du nombre des traitements donnant lieu à une couverture totale des dépenses de soins ;
- l'évolution du volume de la consommation, notamment de la qualité des soins avec la diffusion du progrès technique médical ;
- l'augmentation des prix qui peut elle-même résulter des facteurs précédents.

GRAPHIQUE 7

**Évolution de la structure du financement de la consommation médicale en Suède et en France, 1966-1967**



## V. CONCLUSIONS

La comparaison très globale des secteurs médicaux suédois et français qui a été faite dans les paragraphes précédents peut se résumer ainsi :

- 1) Le secteur médical suédois dispose, en densité par habitant, d'une capacité de production de soins médicaux sensiblement supérieure à celle enregistrée en France, sauf pour les médecins, et leur développement se fait à un rythme voisin dans les deux pays, ce qui ne permet pas d'envisager une égalisation à court terme des situations respectives.
- 2) L'emprise directe des pouvoirs publics sur le système de production tant pour les dépenses courantes que pour l'investissement des services médicaux, paraît plus importante en Suède qu'en France, encore que les modalités du « conventionnement » des praticiens libéraux et des cliniques privées telles qu'elles se sont développées en France puissent tempérer cette conclusion.
- 3) Les établissements de soins et plus particulièrement les hôpitaux jouent un rôle beaucoup plus grand dans la consommation médicale en Suède qu'en France.
- 4) La consommation médicale par habitant serait très sensiblement plus forte en Suède qu'en France : 1,5 fois.

La dépense de soins hospitaliers explique en grande partie cette différence puisqu'elle est supérieure de 160 % en Suède à celle estimée en France. Le niveau de dépenses de soins ambulatoires est assez voisin, sauf pour les dentistes où il est plus élevé en Suède, par contre il semble plus faible pour la pharmacie et comparable pour les médecins et auxiliaires.

Enfin, l'évolution de la valeur de la consommation médicale par tête est un peu plus rapide en Suède (+ 13,9 % par an) qu'en France (+ 13 % par an) surtout en raison de l'accroissement plus lent de la population suédoise.

- 5) Les taux de croissance moyens de la consommation médicale totale, tant en valeur qu'en volume, sont assez voisins dans les deux pays. Toutefois, la proportion des ressources nationales en valeurs courantes, consacrée dans le PNB aux soins médicaux, est un peu plus élevée en Suède qu'en France, mais cette part tend à croître légèrement plus vite en France.
- 6) Le financement collectif représente dans les deux pays une part croissante de la consommation médicale totale et il semble que la proportion ainsi couverte par les fonds publics et de Sécurité Sociale soit plus forte en Suède qu'en France, mais en raison des incertitudes portant sur certaines évaluations, cette conclusion ne peut être donnée nettement que pour l'hospitalisation.

Faute d'instruments d'analyse plus fins, beaucoup de points sont restés dans l'ombre qui auraient permis de pousser plus loin la comparaison et de répondre à certaines questions, notamment sur les évolutions en volume, la diffusion du progrès technique médical ou les rapports entre médecine de ville et médecine hospitalière. Mais pour introduire ces facteurs dont certains sont d'ordre qualitatif, il eut fallu pouvoir tenir compte tout autant de la nature des choix de politique sanitaire que de variables économiques comme les prix dont il n'est pas certain qu'ils modifient sensiblement les grandes lignes de la comparaison qui vient d'être faite.

## BIBLIOGRAPHIE

### Suède

- **Statistisk Årsbok**, 1969 (Annuaire Statistique), Statistiska centralbyran.
- **Allmän Hälsa, Och Sjukvård**, 1967 (Rapport annuel de la Santé Publique), Kungl Medicinal styrelsen, Stockholm.
- **Allmän Försäkring**, 1967 (Rapport annuel de la Sécurité Sociale), Riksförsäkringsverket, Stockholm.
- A. ENGEL et P. SIDERIUS, **La consommation des Médicaments**. Rapport sur une étude 1966, 1967. O.M.S., Euro 3101.
- T. THORBURN, **The organization and financing of medial services in Sweden**, in Health Services Financing, B.M.A. Londres, 1969.
- **National Räkenskaper**, 1950-1968 (Rapport des Comptes Nationaux), Statistiska Centralbyran, Stockholm, 1970.
- **Annuaire statistique de comptabilité nationale**, O.N.U. 1968.

### France

- **Dépenses du secteur de santé**, 1960-1967, Commissariat Général du Plan « Commission de la Santé », Paris, 1969
- **Rapports « CREDOC »**, ronéotés à tirage limité :
  - B. COUDER — A. FOULON, « Les Médecins libéraux d'après les sources fiscales », 1970.
  - S. SANDIER, « La structure de la consommation médicale selon les différents types d'actes », 1968.
  - A. FOULON, « Les comptes économiques des hôpitaux publics 1961-1964 », 1968-1969.
- G. RÖSCH, « L'économie des services de soins médicaux en France », **Consommation**, n° 1 et 2, 1969.
- **Statistiques sociales** (supplément au bulletin mensuel), A4 janvier 1970, B9 mars 1970, Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale.
- **Annuaire statistique de la France**, 1968, I.N.S.E.E.