

La croissance tendancielle des dépenses de santé : un problème sensible pour les finances publiques des pays développés

Ce texte rend compte de l'article "Analysis of International health-related expenditure: Lessons for France" de C. Bouthevillain et de K. Hervé, présenté, en avril 2005, au groupe de travail "Public expenditure" organisé par la Banque d'Italie à Pérouse¹.

La littérature économique relative au secteur de la santé a connu un développement croissant depuis les années soixante et les préoccupations budgétaires récentes, largement partagées par l'ensemble des pays industrialisés, n'ont fait qu'amplifier cette tendance. Alors qu'il existe une grande diversité de systèmes de santé dans le monde, il semble qu'aucun ne soit parvenu à trouver le juste équilibre entre les objectifs conflictuels que sont l'efficacité des soins, le caractère équitable du système, la liberté des acteurs (médecins et patients) et la maîtrise des dépenses correspondantes. La non-réalisation d'un de ces objectifs entraîne des difficultés spécifiques : dégradation de l'état de santé de la population (exclusion du système d'une partie de la population, rationnement des soins...), déficit public ou augmentation du taux de prélèvements obligatoires. Les nombreuses réformes des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix n'ont eu pour conséquence que de rapprocher les organisations des divers systèmes, le plus souvent en introduisant de la concurrence et en facilitant la décentralisation. Mais aucune refonte n'a permis d'assurer un équilibre stable et approuvé socialement pour l'un de ces systèmes de santé.

Dès lors, il est clair que la réforme de l'organisation d'un système de santé passe d'abord par la réponse que la société apporte à plusieurs questions :

- au sein des dépenses publiques, quelle priorité donne-t-on aux dépenses de santé par rapport aux dépenses d'éducation, de logement ou autres prestations sociales ?
- Selon quelle hiérarchie implicite la société classe-t-elle les objectifs d'un système de santé ?

- Quel est le consentement à payer pour la société et pour quelle couverture sociale ? Qui doit prendre en charge le financement de la hausse des dépenses de santé ?

Dans le cas français, il semble que la société soit particulièrement attachée aux caractéristiques du système actuel qui favorise l'équité, la qualité des soins et la liberté des acteurs de la santé, mais au prix d'une croissance difficilement maîtrisée des dépenses. Une réforme efficace devrait avoir pour objectif de casser les rentes qui augmentent le coût global des soins, de rationaliser l'organisation de ces soins afin d'obtenir une dépense efficace, de répartir les coûts entre ceux couverts par la solidarité nationale et ceux assumés par le secteur privé et de permettre une régulation que l'on puisse faire respecter.

I | Quelques faits stylisés sur les systèmes de santé dans le monde

La comparaison de l'évolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE fait apparaître un point commun : une part croissante du PIB leur est consacrée. En 2001, les pays de l'OCDE ont dépensé 8,4 % de PIB pour la santé, contre 5,3 % en 1970. De façon générale, la croissance réelle des dépenses de santé a été plus rapide que celle du PIB, de l'ordre de 1 point en moyenne sur la période 1990-début des années deux mille (3,3 % contre 2,2 %). La France et l'Allemagne se situent dans cette moyenne, malgré une croissance économique moins rapide que celle des pays anglo-saxons.

NB : Au moment de la rédaction de cette étude, ses auteurs étaient en poste au service d'Études des politiques de finances publiques.

¹ Disponible à l'adresse http://www.bancaditalia.it/ricerca/statist;internal&action=_framecontent.action&Target=_self

Cette progression n'est pas problématique en soi puisqu'elle découle du développement économique, de facteurs démographiques, des avancées du progrès technique dans le domaine médical et de la déformation de la structure de la consommation en faveur des dépenses de santé dans les pays industrialisés. Cependant, dans la plupart des pays, la part des dépenses financées par le secteur public est prépondérante sur celle des assurances privées et des ménages. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, la part du secteur public est proche de 72 % même si elle a eu tendance à décliner légèrement au cours des années quatre-vingt-dix. À l'inverse, la part des dépenses privées non couvertes par une assurance privée ou une mutuelle a eu tendance à augmenter dans tous les pays, à l'exception de la France, du Danemark et des États-Unis.

La question du financement des systèmes de santé et de sa soutenabilité est, en conséquence, centrale. Certains pays avaient d'abord choisi d'augmenter la pression fiscale pour permettre le financement du système (France, Allemagne), mais l'augmentation des charges sociales sur le coût salarial les a contraints à abandonner cette voie. De même, les pays qui avaient choisi d'imposer des contraintes sur l'offre (Australie, Canada, Royaume-Uni) ont connu des pénuries de personnel médical et ont dû interrompre ces mesures. L'approche commune retenue finalement par les pays de l'OCDE consiste en la limitation des dépenses publiques par des systèmes de co-paiement (comme le ticket modérateur en France) et par des réformes structurelles modifiant l'organisation des systèmes de santé.

Malgré ces similitudes, les dépenses de santé de certains pays (États-Unis, Suisse, France, Allemagne) sont à la fois plus élevées et en augmentation plus rapide que dans d'autres (Suède, Italie, Royaume-Uni). Les explications se trouvent dans l'analyse du fonctionnement des systèmes de santé et des réformes qui les ont façonnés : les choix institutionnels (mode de rémunération des médecins, degré de liberté laissé aux patients et aux offreurs de soins, proportion de population couverte) et la gestion des conséquences des évolutions technologiques et démographiques sont à l'origine des situations différenciées que l'on connaît aujourd'hui.

2| Les réformes récentes s'orientent vers des solutions microéconomiques

Le choix des politiques permettant de maintenir l'équilibre du système a évolué au cours du temps. Les politiques orientées vers l'augmentation des recettes, privilégiées dans les années soixante-dix et quatre-vingt dans la plupart des pays d'Europe, avaient pour avantage de conserver intactes les caractéristiques des systèmes de santé. Elles ont cependant une limite, d'une part parce que la pression fiscale n'est pas extensible infiniment, d'autre part parce que l'augmentation des charges sociales pèse sur le coût du travail dans un contexte économique devenu fortement internationalisé et concurrentiel.

Dès la fin des années quatre-vingt, les politiques mises en œuvre se sont concentrées sur la maîtrise des dépenses publiques. Les systèmes nationaux de santé (Royaume-Uni et Suède) ouvrant la voie aux systèmes d'assurance, qui poussés par les contraintes européennes (respect des critères de Maastricht puis *Pacte de stabilité et de croissance*), ont à leur tour cherché à contrôler la progression de leurs dépenses (plan Simons en 1994 aux Pays-Bas, plan Juppé en 1995 en France, réforme Seehofer en Allemagne en 1992). Plus récemment, l'Allemagne s'est engagée dans une réforme structurelle d'ampleur visant à diminuer simultanément les taux de cotisations et les prestations publiques, à développer le co-paiement et l'externalisation de certaines dépenses vers des assurances complémentaires privées (Réforme Schröder en 2003). En France, la réforme Douste-Blazy de 2004 a intégré plusieurs pistes de réformes proposées dans la littérature. Ainsi, la volonté de suivi du parcours d'un patient grâce au dossier médical et au choix d'un médecin référent ainsi que la recherche d'amélioration de la qualité des soins peuvent contribuer à rationaliser les dépenses de santé afin d'obtenir un meilleur rapport coût-efficacité.

Au travers de l'expérience internationale, on peut esquisser un bilan de ces réformes. Quel que soit le type de système de santé, des problèmes de soutenabilité existent, soit sur le plan financier, soit sur le plan de la santé publique. Les réformes des vingt

dernières années, à fort contenu macroéconomique, se sont révélées insuffisantes pour durablement garantir la pérennité des systèmes. Des réformes microéconomiques, centrées sur des incitations aux changements de comportements des acteurs de la santé (patients, assureurs, personnel médical et laboratoires), sont un outil indispensable pour améliorer le fonctionnement actuel des systèmes de santé et leur permettre de faire face à l'augmentation inéluctable des dépenses dans les années à venir.

Toutefois, ces mesures ne peuvent à elles-seules infléchir la tendance haussière des dépenses de santé qui est principalement liée à la progression des revenus et du progrès technique. En effet, en ce qui concerne ce dernier aspect, le vieillissement de la population, vu comme la déformation de la pyramide démographique, n'est pas le principal facteur explicatif de la croissance des dépenses de santé. C'est l'évolution de la morbidité, c'est-à-dire le nombre et la nature des maladies développées à un âge donné, ainsi que les modifications dans la structure de la consommation par âge qui justifient l'idée communément admise d'un impact positif du vieillissement sur les dépenses. Les avancées du progrès technique permettent de vieillir plus longtemps en bonne santé et orientent durablement à la hausse la tendance des dépenses de santé.

L'intervention des autorités publiques reste cependant nécessaire pour définir le périmètre couvert par la solidarité nationale, assurer la régulation du système et empêcher le développement d'effets indésirables propres au secteur de la santé. Enfin, des politiques industrielles pourraient soutenir l'innovation et la recherche et le développement dans le domaine des médicaments et des bio-technologies en stimulant la création de pôles industriels (« *bio-clusters* » européens, équivalents à ceux des États-Unis, c'est-à-dire la concentration d'entreprises indépendantes appartenant au secteur de la santé).

Une littérature économique et économétrique abondante montre que les dépenses de santé semblent principalement déterminées par des variables qui reflètent le développement économique (revenu par tête, progrès technique) et la structure des sociétés (démographie, choix institutionnels). Il n'est pas concevable d'agir négativement sur ces variables. De fait, les réformes mises en œuvre dans les différents pays se sont centrées sur d'autres facteurs. Or, elles ont eu un impact limité sur le niveau et l'évolution des dépenses de santé. Ce relatif échec des réformes macroéconomiques passées confirme le bien fondé de l'orientation récente des politiques vers des mesures microéconomiques visant, par exemple, à modifier le comportement des acteurs de la santé.