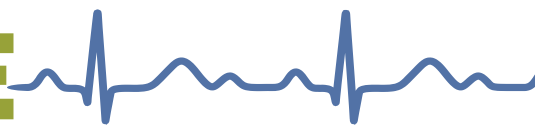


BILAN DE SANTÉ



Le récent ralentissement de la croissance des dépenses publiques de santé dans les pays avancés ne devrait pas durer

Benedict Clements, Sanjeev Gupta et Baoping Shang

LA MAÎTRISE des dépenses publiques de santé est l'un des principaux enjeux budgétaires dans les pays avancés. Ces dépenses ont considérablement augmenté au cours des trente dernières années (Clements, Coady et Gupta, 2012) et elles ont contribué, pour la moitié environ, à l'accroissement des dépenses publiques hors intérêts observé pendant cette période.

Les dépenses de santé privées, qui représentent en moyenne à peu près un quart des dépenses totales de santé des pays avancés, ont aussi augmenté dans le même temps. Cet accroissement des dépenses a certes coïncidé avec d'énormes progrès dans le domaine de la santé, mais il a aussi mis les budgets à rude épreuve, ce qui est particulièrement sensible aujourd'hui quand la part de la dette publique dans le PIB atteint des niveaux records dans les pays avancés.

Les dépenses publiques de santé progressent moins vite depuis 2010, et il est très important de comprendre ce que cela indique. Ce ralentissement va-t-il persister et les dépenses de santé sont-elles maîtrisées? Dans le passé, les ralentissements ont généralement été suivis d'accélération (graphique 1). En ira-t-il autrement cette fois-ci? Les réponses à ces questions ont d'importantes implications pour les perspectives économiques à long terme des pays avancés. Une hausse des dépenses de santé dans ces pays pourrait en effet contraindre leurs dirigeants à amputer les dépenses dans d'autres domaines prioritaires (éducation et infrastructures notamment) ou à réduire moins vite la dette publique, deux actions qui auraient des répercussions sur les perspectives de croissance des pays concernés.

Ralentissements simultanés

Le ralentissement de la croissance des dépenses publiques de santé, amorcé en 2010, a été observé dans presque tous les pays avancés. Il s'agit des dépenses couvrant les services fournis par les hôpitaux et les établissements publics de santé ainsi que le régime public d'assurance maladie qui paie les traitements médicaux dispensés par les hôpitaux et le personnel médical privés. Ces dépenses sont tombées en moyenne de 7,4 à 7,1 % du PIB entre 2009 et 2011 dans les pays avancés en question. En 2012, dernière année pour laquelle on dispose de données internationales comparables, les dépenses publiques moyennes de santé ont légèrement augmenté en pourcentage du PIB. La croissance des dépenses publiques de santé, corrigée de l'inflation, a connu une évolution comparable puisqu'elle est tombée de 4,5 % en 2009 aux alentours de zéro en 2010. Si la croissance des dépenses réelles s'est redressée en 2011 et 2012, elle n'en restait pas moins bien inférieure à son niveau moyen antérieur.

Les dépenses ont plus fortement ralenti dans les pays qui ont été durement touchés par la crise financière mondiale et ont subi de fortes baisses de production (Espagne, Grèce, Irlande, Islande et Portugal) alors qu'elles n'ont que peu ou pas du tout fléchi dans les pays moins affectés par la crise, comme l'Allemagne, Israël et

le Japon (graphique 2). Le ralentissement a touché presque toutes les catégories de dépenses de santé : hospitalisations, médecine ambulatoire, produits pharmaceutiques, médecine préventive et santé publique (Morgan et Astolfi, 2013).

Le ralentissement de la croissance de toutes les dépenses dans presque tous les pays avancés, et presque au même moment, donne à penser qu'un seul et même facteur a joué. Il s'agit, semble-t-il, de la crise financière mondiale, qui a affecté l'activité économique et la capacité de financer un accroissement continu des dépenses de santé.

La durée de ce ralentissement dépendra de l'évolution des cinq principaux facteurs d'augmentation des dépenses de santé :

Viellissement de la population : Les besoins de soins augmentent généralement avec l'âge. L'âge moyen de la population des pays avancés doit s'élever au cours des vingt prochaines années sous l'effet de l'allongement continu de l'espérance de vie, ce qui devrait faire encore progresser les dépenses de santé.

Croissance des revenus : La croissance des revenus s'accompagne le plus souvent d'une augmentation quantitative et qualitative de la demande de services de santé. La valeur précise de l'élasticité-revenu (c'est-à-dire la variation de la demande de services de santé en fonction de la variation des revenus) est incertaine et fait l'objet de vifs débats. De récentes études la situent en dessous ou aux alentours de 1 pour la demande de soins (Maisonneuve et Martins, 2013).

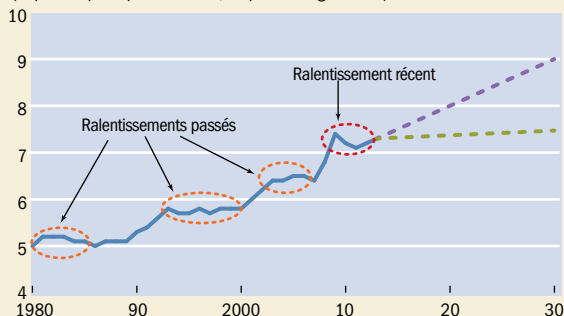
Avancées technologiques : Les améliorations apportées aux technologies médicales sont l'un des principaux déterminants des dépenses de santé. L'introduction constante de nouvelles procé-

Graphique 1

L'avenir en question

Le ralentissement actuel de l'accroissement des dépenses de santé (ligne verte en pointillé) va-t-il durer ou, comme cela a été le cas dans le passé, sera-t-il suivi d'une nouvelle envolée (ligne violette en pointillé)?

(dépenses publiques de santé, en pourcentage du PIB)



Sources : Organisation de coopération et de développement économiques, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014; estimations des auteurs.

Note : Les zones entourées d'un cercle représentent les périodes de ralentissement observées dans l'accroissement des dépenses de santé dans les pays avancés.



Visite chez le pédiatre, à Lausanne.

dures et de nouveaux médicaments a considérablement étendu la prévention et le traitement des maladies, mais elle a aussi fait augmenter rapidement les dépenses en raison du coût élevé des technologies mises en jeu.

Effet Baumol : Cet effet, défini par l'économiste William J. Baumol, désigne les hausses relativement fortes des coûts unitaires de main-d'œuvre observées dans les secteurs où des gains de productivité sont difficilement réalisables, comme les services publics. On peut améliorer la productivité du secteur manufacturier en introduisant de nouveaux procédés de fabrication qui réduisent le nombre de travailleurs requis pour un niveau de production donné. Il est, par contre, difficile d'améliorer la productivité du secteur des soins de santé, car il n'est guère possible de réduire les effectifs médicaux sans compromettre le niveau des services fournis. Si la progression des salaires du secteur des soins de la santé ne s'écarte pas des moyennes

nationales, ce n'est pas le cas de la productivité de sorte que la hausse de ses coûts unitaires de main-d'œuvre est plus marquée.

Politiques et institutions sanitaires : Elles peuvent influencer sur les dépenses par leurs effets sur l'offre et la demande. Du côté de la demande, les politiques de santé publique déterminent l'étendue des prestations offertes à la population ou le niveau de participation des patients aux coûts (visites chez le médecin ou médicaments vendus sur ordonnance, par exemple). Du côté de l'offre, elles influent sur les dépenses directement (avec les centres médicaux, par exemple), ou indirectement, par l'intermédiaire des paiements effectués aux médecins et hôpitaux privés par le régime public d'assurance maladie.

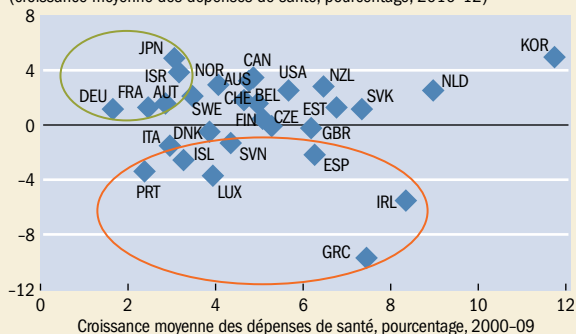
Rien ne permet d'affirmer que le vieillissement de la population, les avancées technologiques ou l'effet Baumol ont beaucoup changé ces dernières années. Il est peu probable que ces facteurs soient à l'origine du brusque ralentissement des dépenses publiques de santé depuis 2010, qui pourrait tenir au fléchissement de la croissance des revenus résultant de la crise économique récente ou aux changements apportés aux politiques et institutions de santé publique. Mais il est important de faire une distinction entre les *réformes structurelles*, destinées à améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé, et les mesures provisoires (mais insoutenables à terme), prises pour faire face à la situation macroéconomique et budgétaire. Les changements structurels auront sans doute un impact durable sur la croissance des dépenses publiques de santé, alors que les effets des mesures provisoires s'estomperont probablement à mesure que la situation macroéconomique et budgétaire s'améliorera.

Graphique 2

Ralentissements

Les pays les plus durement touchés par la crise financière mondiale ont enregistré les plus forts ralentissements de l'accroissement des dépenses de santé.

(croissance moyenne des dépenses de santé, pourcentage, 2010-12)



Sources : Organisation de coopération et de développement économiques, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014; estimations des auteurs.

Note : Toutes les données sont exprimées en termes réels et valeur constante. Le ralentissement de la croissance des dépenses a été faible, voire inexistant, dans les pays entourés d'un cercle vert. C'est dans les pays entourés d'un cercle orange qu'il a été le plus marqué. Les abréviations utilisées pour les pays sont celles publiées par l'Organisation internationale de normalisation.

Économies immédiates

En dehors du fléchissement de la croissance des revenus, la baisse des dépenses pendant le récent ralentissement de l'activité semble tenir aux mesures prises pour réduire rapidement le *niveau* des dépenses face à la détérioration de la situation macroéconomique et budgétaire. Ces mesures ont donc peu de chances d'influer durablement sur la *croissance* des dépenses de santé. Dans beaucoup de pays, elles ont surtout visé à réaliser des économies immédiates plutôt qu'à améliorer l'efficacité et la qualité des dépenses de santé. Elles ont revêtu la forme d'une compression générale des budgets de la santé publique en Espagne, Grèce, Irlande, Italie et



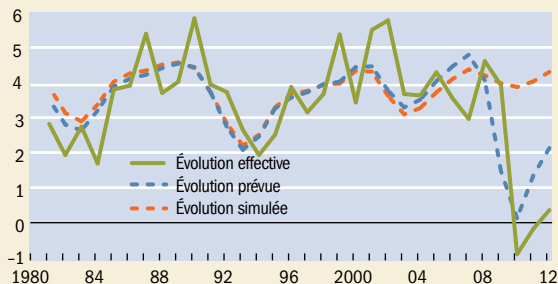
au Portugal; d'une baisse des prix des produits pharmaceutiques et d'autres produits médicaux en Autriche, Belgique, Espagne, Grèce, Irlande ainsi qu'aux Pays-Bas et au Portugal; d'une diminution des paiements aux prestataires en Espagne, Estonie, Irlande et République tchèque; et d'une réduction des traitements et salaires

Graphique 3

Confirmation des prévisions

Les dépenses publiques de santé sont étroitement liées à l'évolution d'indicateurs économiques comme le chômage et la production, ce qui permet de penser que la croissance des dépenses va s'accroître à mesure que les pays avancés se remettent de la crise financière mondiale.

(dépenses de santé, croissance réelle par habitant, pourcentage)



Sources : Organisation de coopération et de développement économiques, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014; estimations des auteurs.

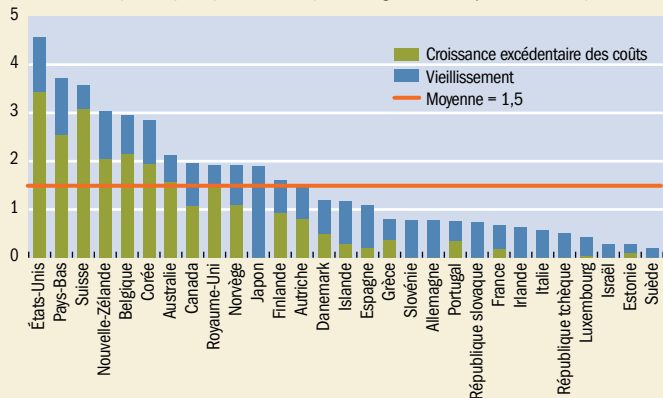
Note : Toutes les données sont exprimées en termes réels et valeur constante. La ligne de l'évolution prévue indique les taux de croissance des dépenses publiques de santé prévus par un modèle économique reposant sur des facteurs macroéconomiques comme le chômage, la croissance économique et la dette publique. Elle correspond assez étroitement à la croissance effective observée entre 1980 et 2012. La ligne de l'évolution simulée montre comment, d'après les projections du modèle, la croissance des dépenses de santé aurait évolué après 2008 si la crise mondiale n'avait pas eu lieu. (Elle remplace l'évolution effective des facteurs macroéconomiques entre 2008 et 2012 par leurs moyennes entre 2000 et 2007.)

Graphique 4

Évolution à la hausse des dépenses

Les dépenses publiques de santé vont augmenter d'environ 1,5 % du PIB dans les pays avancés au cours des quinze prochaines années. Cette hausse sera imputable pour moins de 50 % au vieillissement démographique et pour le reste à la technologie, à l'accroissement des revenus et à des facteurs structurels.

(hausse des dépenses publiques de santé, pourcentage du PIB, moyenne 2014-30)



Sources : Organisation de coopération et de développement économiques, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014; estimations des auteurs.

Note : Toutes les données sont exprimées en valeur constante. La croissance excédentaire des coûts correspond à l'accroissement des dépenses publiques de santé qui excède la croissance du PIB après prise en compte du vieillissement démographique. Elle reflète le progrès technique et son coût, l'accroissement des revenus et la hausse des coûts unitaires de main-d'œuvre (effet Baumol).

au Danemark, en Espagne, en Grèce, en Irlande, au Portugal, en Slovaquie et au Royaume-Uni (Mladovsky *et al.*, 2012). Si ces mesures macroéconomiques peuvent permettre de réduire les dépenses à court terme, elles sont moins efficaces pour limiter l'accroissement des dépenses à long terme quand elles ne s'accompagnent pas de réformes visant notamment à introduire la concurrence ou à favoriser davantage la fourniture de soins d'un bon rapport qualité-prix (Clements, Coady et Gupta, 2012). Certaines de ces mesures, comme la réduction des dépenses consacrées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, pourraient avoir pour effet d'intensifier, à plus long terme, les pressions sur les dépenses, car leurs effets négatifs sur la santé pourraient accroître la nécessité d'interventions médicales plus coûteuses à l'avenir.

L'analyse économétrique indique que les indicateurs macroéconomiques et budgétaires (croissance économique, chômage et dette publique brute, par exemple) sont des déterminants importants de l'accroissement des dépenses publiques de santé en raison de leur effet direct ou indirect sur certains des principaux facteurs d'augmentation de ces dépenses. Cette analyse, qui repose sur un modèle utilisant les données annuelles de tous les pays avancés pour 1980-2012, montre qu'un ralentissement de la croissance et une montée du chômage freinent la progression des dépenses de santé.

Un fort endettement public réduit aussi la croissance de ces dépenses du fait que les États ne peuvent se permettre de dépenser beaucoup plus lorsqu'ils sont lourdement endettés. Ces facteurs expliquent presque à eux seuls le fléchissement des dépenses publiques de santé entre 2008 et 2010. L'évolution observée de ces dépenses et la valeur prédite par notre modèle sont très voisines pour cette période (graphique 3). Le modèle prédit aussi avec exactitude la reprise de la croissance des dépenses publiques de santé en 2011 et 2012. Il indique que, sans la crise, les dépenses de santé auraient continué de progresser plus au moins au même rythme. Bien qu'ils soient loin d'être probants, ces résultats suggèrent que le ralentissement récent est essentiellement de nature provisoire.

Évolution attendue des dépenses

Les données disponibles sur sept pays (Allemagne, Corée, Finlande, Islande, Italie, Norvège, Pays-Bas) font apparaître une nouvelle progression des dépenses de santé de 0,1 % du PIB en 2013, conformément aux prédictions du modèle. Aux États-Unis, les données du Bureau of Economic Analysis indiquent une accélération de la croissance des dépenses de consommation consacrées aux hôpitaux, maisons de retraite, visites chez le médecin et autres services de santé au premier trimestre de 2014, mais celle-ci est peut-être en partie imputable à l'expansion des assurances résultant du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ou «Obamacare»). Des études plus récentes suggèrent également que, dans le cas des États-Unis, le ralentissement des dépenses de santé a principalement tenu à la situation économique plutôt qu'aux changements structurels du secteur de la santé (Chandra, Holmes et Skinner, 2013; Dranove, Garthwaite et Ody, 2014).

Bien que le ralentissement soit probablement provisoire, il pourrait néanmoins avoir un effet permanent sur les dépenses publiques de santé dans certains pays avancés pour deux raisons :

- Quand ces dépenses retrouveront leur taux de croissance passé, elles partiront d'un niveau inférieur en pourcentage du PIB à celui qu'elles auraient atteint en l'absence de la crise.

- Certains des facteurs macroéconomiques et budgétaires qui modèrent la progression des dépenses (comme les ratios d'endettement des États) ne devraient pas retrouver rapidement leurs niveaux d'avant la crise.

Nous incorporons dans nos projections (graphique 4) la baisse des niveaux de dépenses due aux mesures prises récemment et supposons que les taux de croissance des dépenses ne retrouveront que progressivement leurs moyennes passées quand l'activité économique reprendra. Les projections jusqu'à 2019 reposent sur les projections macroéconomiques des *Perspectives de l'économie mondiale* du FMI (croissance économique, ratios dette publique/PIB des administrations publiques et taux de chômage). Les projections supposent qu'au-delà de 2019, la «croissance excédentaire des coûts» (différence entre la croissance des dépenses réelles de santé et celle du PIB, après la prise en compte de l'effet du vieillissement) retrouvera progressivement sa moyenne historique en 2030. Dans l'ensemble, nous estimons que les dépenses publiques de santé augmenteront de 1½ point du PIB entre 2014 et 2030. Cette augmentation sera imputable pour moins de la moitié au vieillissement démographique et, pour le reste, à la croissance excédentaire des coûts due à l'utilisation de technologies plus perfectionnées, mais aussi plus coûteuses, à l'accroissement des revenus, à l'effet Baumol et aux politiques et institutions sanitaires.

Les résultats suggèrent également que l'augmentation des dépenses variera considérablement entre les pays au cours des quinze prochaines années. Les dépenses publiques de santé devraient augmenter de 4½ points du PIB aux États-Unis (où elles incluent l'ensemble des programmes sanitaires de l'État fédéral et des États), alors qu'elles devraient progresser, en moyenne, de moins de 1 point du PIB en Espagne, en Grèce, en Irlande, en Islande et au Portugal en raison des effets persistants de la crise mondiale sur les finances publiques et la situation macroéconomique de ces pays.

Conséquences pour la politique budgétaire

Les implications de ces projections pour les finances publiques à long terme des pays avancés sont considérables. Pour atteindre leurs propres objectifs budgétaires à moyen terme, ces pays devront accroître leurs recettes publiques ou réduire encore leurs dépenses. On peut se faire une idée de l'ampleur de l'ajustement nécessaire en évaluant de combien ils devront hausser leurs «soldes primaires» (différence entre les recettes et les dépenses, hors intérêts) sur la période 2014–20 pour atteindre leurs objectifs. D'après de récentes estimations, l'ajustement requis se situerait, en moyenne, aux alentours de 2¼ points du PIB (FMI, 2014). Ces pays devront, en outre, faire face à un accroissement des dépenses au titre des retraites, qui devraient augmenter de 1 point du PIB au cours des quinze prochaines années sous l'effet du vieillissement démographique. L'ajustement budgétaire total nécessaire (compte tenu de l'accroissement projeté des dépenses de santé) s'élève, de ce fait, à 4¾ points du PIB — chiffre intimidant qui souligne la nécessité d'améliorer l'efficacité des dépenses publiques. Les mesures suivantes pourraient permettre d'y parvenir : réforme des salaires et de l'emploi dans le secteur public, meilleure adaptation des dépenses d'éducation à l'évolution des besoins, qui changent avec le vieillissement des populations, et focalisation des transferts sociaux sur les ménages à faible revenu, ce qui devrait permettre aux pouvoirs publics d'atteindre leurs objectifs d'équité pour un moindre coût.

Pour les soins de santé, les pays avancés ne sont pas désarmés, et ils ont de nombreux moyens à leur disposition pour maîtriser les dépenses qu'ils leur consacrent et freiner leur progression pendant les années à venir. Ils peuvent notamment :

- Adopter des réformes visant à mettre en concurrence assureurs et prestataires de santé et à informer le public du prix et de la qualité des services sanitaires offerts pour qu'il puisse choisir.
- Mettre davantage l'accent sur les soins primaires et préventifs pour réduire le besoin de soins plus coûteux en maintenant la population en bonne santé.
- Améliorer les systèmes de paiement des prestataires pour que ceux-ci aient davantage intérêt à fournir des traitements d'un bon rapport qualité-prix. L'abandon des systèmes consistant simplement à rembourser les coûts ou les services des prestataires peut permettre de réduire les soins superflus. Il pourrait être notamment envisagé de payer les services sur la base du système de classification «groupes homogènes de malades», qui définit les protocoles de traitement pour certaines affections ainsi qu'une grille de tarifs correspondants.
- Utiliser plus largement les systèmes de gestion de l'information sanitaire en vue de collecter, stocker et échanger les données concernant les patients. Ces systèmes pourraient à la fois améliorer les résultats en matière de santé et réduire les coûts.

Autrement dit, les dépenses de santé ne sont pas totalement maîtrisées dans les pays avancés, ce qui souligne la nécessité de réformes structurelles durables pour préserver et étendre les progrès impressionnants réalisés dans le domaine de la santé et ramener le rythme de progression de ces dépenses à un niveau plus acceptable. ■

Benedict Clements, Sanjeev Gupta et Baoping Shang sont respectivement Chef de division, Directeur adjoint et économiste au Département des finances publiques du FMI.

Bibliographie :

- Chandra, Amitabh, Jonathan Holmes, and Jonathan Skimmer, 2013, "Is This Time Different? The Slowdown in Healthcare Spending," *Brookings Papers on Economic Activity (Fall)*.
- Clements, Benedict, David Coady, and Sanjeev Gupta, eds., 2012, *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies (Washington: International Monetary Fund)*.
- Dranove, David, Craig Garthwaite, and Christopher Ody, 2014, "Health Spending Slowdown Is Mostly Due to Economic Factors, Not Structural Change in the Health Care Sector," *Health Affairs*, Vol. 33, No. 8, p. 1399–406.
- Fonds monétaire international (FMI), 2014, *Moniteur des finances publiques (Washington, octobre)*.
- Maisonneuve, Christine, and Joaquim Oliveira Martins, 2013, "A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures," *OECD Economics Department Working Paper No. 1048 (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development)*.
- Mladovsky, Philipa, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, and Martin McKee, 2012, "Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe," *Policy Summary No. 5 (Copenhagen: World Health Organization)*.
- Morgan, David, and Roberto Astolfi, 2013, "Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?" *OECD Health Working Paper No. 60 (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development)*.