

Chapitre 1

Quelle est la limite à ne pas dépasser ? L'optimisation des dépenses de santé

Ce chapitre présente d'abord les tendances enregistrées durant la période écoulée – en particulier depuis une quinzaine d'années – par les dépenses de santé et leurs composantes. Sont ensuite évoqués les principaux facteurs d'augmentation des dépenses de santé, et les pressions à la hausse dans le futur. Après une évaluation rapide des conditions macroéconomiques auxquelles sont confrontés les pays de l'OCDE, compte tenu des dernières projections relatives à leur situation financière, le chapitre se termine par un examen de travaux empiriques récents sur le degré d'inefficience des systèmes, laissant entendre qu'il est possible de prendre en compte les impératifs de viabilité, financière ou économique, en améliorant l'utilisation des ressources pour la rendre aussi efficiente que dans les pays les plus performants.

1. Introduction

Au cours des dernières décennies, la santé de la population des pays membres de l'OCDE s'est considérablement améliorée. Entre 1960 et 2008, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de dix ans en moyenne. L'évolution a été encore plus spectaculaire chez les personnes âgées. En effet, l'espérance de vie après 65 ans est aujourd'hui de 20 ans pour une femme et de 17 ans pour un homme. Si des inégalités socio-économiques persistent en ce qui concerne l'état de santé et l'accès aux soins, la mortalité infantile diminue et la santé de la population s'améliore régulièrement depuis quelques dizaines d'années (OCDE, 2009a). Les niveaux de morbidité ont chuté et la mortalité infantile est aujourd'hui cinq fois plus faible qu'en 1960.

Ces résultats peuvent être attribués en partie à l'augmentation des revenus et à l'élévation des niveaux d'éducation. Mais ils tiennent aussi pour beaucoup à l'amélioration des soins de santé eux-mêmes. Les évolutions technologiques ont apporté de meilleurs traitements et des retombées bénéfiques pour une plus grande partie de la population. Par exemple, les progrès de l'anesthésie et la chirurgie non invasive permettent désormais d'opérer un plus grand nombre de patients âgés avec une meilleure prise en charge de la douleur et un temps de récupération plus court. En l'espace de quelques années, des avancées considérables sont à signaler concernant le traitement des accidents vasculaires cérébraux et des pathologies cardiaques, d'où une réduction spectaculaire des taux de mortalité due à ces maladies. La santé publique s'est également améliorée grâce à des niveaux d'immunisation plus élevés qui ont permis de limiter la propagation des maladies transmissibles.

Les systèmes de santé ont par ailleurs évolué : dans la quasi-totalité des pays, il existe, sous une forme ou une autre, une assurance publique ou privée couvrant le risque de maladie et les frais médicaux élevés, et l'accès à des soins médicaux de qualité est également devenu plus facile. Les pays moins développés de l'OCDE ont progressé dans ce domaine : le Mexique et la Turquie ont élargi la couverture des risques de maladie aux plus défavorisés. L'adoption d'une réforme historique en matière de santé aux États-Unis ouvre la voie à l'assurance maladie obligatoire pour une plus grande partie de la population. L'amélioration de la pratique médicale s'est accompagnée d'efforts pour réduire la prestation de services inadaptés et remédier aux problèmes de qualité des soins.

Dans la zone OCDE, par rapport au passé, les systèmes de santé sont plus efficaces, dispensent des soins de meilleure qualité et donnent accès aux soins de santé à une plus grande partie de la population. Toutefois, ces progrès ont un coût. Les pays ont vu régulièrement augmenter leurs dépenses de santé au cours des dernières décennies. Au total, ces dépenses atteignent aujourd'hui, en moyenne, 9 % du PIB dans les pays de l'OCDE, sept pays enregistrant un pourcentage supérieur à 10 % (États-Unis, France, Suisse, Autriche, Allemagne, Canada et Belgique), contre trois seulement il y a cinq ans. Le volume, la nature et le taux de croissance des dépenses de santé sont extrêmement variables d'un pays à l'autre, de même que les résultats obtenus en termes sanitaires.

À l'avenir, les pressions à la hausse sur les dépenses de santé sont appelées à se poursuivre dans les pays de l'OCDE, compte tenu d'un certain nombre de facteurs, tels que l'évolution démographique, les progrès des techniques médicales et les attentes grandissantes des patients et des électeurs en général. Les dépenses de santé étant pour une grande majorité financées par les deniers publics dans la plupart des pays, ces

demandes croissantes de services de santé doivent être envisagées dans le contexte actuel de restrictions budgétaires de plus en plus importantes.

Tel est donc le défi à relever pour les systèmes de santé. À la question sur le rapport qualité-prix, est-il possible de répondre que les ressources consacrées à la santé sont utilisées de façon optimale ?

Le fait de parler d'« optimisation » des dépenses de santé est parfois considéré comme une manière codée de parler de « compression » des dépenses. Cette notion recouvre ici un tout autre sens. Il s'agit plutôt de voir si les avantages procurés par les dépenses sont supérieurs aux ressources qu'elles mobilisent. L'utilisation optimale des fonds disponibles peut certes passer par la réduction des coûts, mais elle peut aussi consister à améliorer les prestations auxquelles nous tenons dans nos systèmes de santé.

Il existe autant de cadres différents pour observer les effets bénéfiques ou les objectifs des systèmes de santé que de spécialistes de la question¹, mais les approches sont en fait très comparables. L'OCDE analyse les systèmes de santé en fonction de quatre critères ou objectifs principaux.

- *Premier critère* : voir si les systèmes de santé fournissent un large accès aux services de santé et une assurance adéquate couvrant le coût des soins pour la population en général, et ce de manière équitable.
- *Deuxième critère* : voir si la qualité des soins dispensés est élevée et si les prestataires de soins répondent aux besoins des patients/consommateurs.
- *Troisième critère* : voir si le coût du système de santé est supportable à long terme, étant donné les restrictions et les choix politiques imposés par les ressources financières totales de l'État et les demandes de financement public émanant d'autres domaines comme l'éducation.
- *Quatrième critère* : voir si les soins sont dispensés de manière efficiente et efficace.

Les deux premiers critères visent à apprécier la performance des systèmes de santé en matière de prestation de soins et à déterminer dans quelle mesure les services de soins sont de qualité et adaptés aux besoins des patients. Les deux derniers critères permettent de voir si les ressources sont adéquates et utilisées à bon escient.

En outre, bien que cet aspect ne soit la plupart du temps pas inclus dans les objectifs du système de santé, la santé est aussi un secteur qui pèse lourd dans l'économie, et qui est généralement soumis au contrôle de l'État sous une forme ou sous une autre. Autrement dit, il arrive que les pouvoirs publics fassent du système de santé un instrument au service de politiques économiques plus larges. Par exemple, lors de la récente récession, les dépenses consacrées à la santé ont joué un rôle de stabilisateur automatique de l'économie, et permis de créer des emplois alors que la plupart des autres secteurs étaient en déclin.

L'importance que les États accordent aux objectifs des politiques de santé est, bien sûr, variable dans le temps et selon les pays, pour de très bonnes raisons. Les pays peuvent légitimement avoir des priorités différentes, qui reflètent leurs préférences et leurs besoins sociétaux particuliers. Les priorités peuvent aussi varier dans le temps en fonction des situations économiques, des besoins de soins de santé, des attentes de la population et des progrès de la médecine. En fait, la solution optimale pourrait résider dans une double démarche : consolider les systèmes de santé, par une augmentation nette

des dépenses, pour exploiter les possibilités offertes par les nouvelles technologies et répondre à des besoins toujours insatisfaits, tout en recherchant des gains d'efficacité.

De fortes disparités subsistent entre les pays, qu'il s'agisse du volume des ressources allouées à la santé ou de l'efficacité et de l'efficacités avec lesquelles ces ressources sont utilisées. Or, certaines disparités observées quant à l'état de santé de la population ne semblent que faiblement liées au niveau des ressources consacrées aux soins de santé. Certains pays « optimisent » certainement mieux que d'autres leurs dépenses de santé. En théorie, pour les pays ayant un système de santé faiblement performant, la bonne stratégie consisterait à mieux gérer les dépenses plutôt que de chercher à accroître globalement celles-ci. Toutefois, il est extrêmement difficile de déterminer en quoi les dépenses d'un pays sont inefficaces. Les systèmes de santé sont complexes, il existe de multiples objectifs, et les informations laissent souvent à désirer.

S'il est difficile de réaffecter les ressources de secteurs faiblement performants des systèmes de santé, de nouvelles ressources seront nécessaires pour répondre aux nouveaux besoins de soins. Mais comment les responsables de l'action gouvernementale doivent-ils décider si ces dépenses sont justifiées ? L'estimation du volume de ressources publiques à investir dans les soins de santé à un moment donné peut s'appuyer sur deux indicateurs de « viabilité » différents (Thomson *et al.*, 2009).

- D'une part, tant que la valeur produite par les soins de santé est supérieure à leur coût d'opportunité, c'est-à-dire à la valeur que l'on aurait pu tirer de dépenses effectuées dans d'autres domaines, la croissance des dépenses de santé peut être considérée comme *économiquement viable*. Dès lors que ce coût devient trop élevé et que des gains plus importants peuvent être obtenus si les dépenses sont réalisées ailleurs (soit dans le secteur privé, soit au titre d'autres postes de dépenses publiques), alors les dépenses de santé cessent d'être économiquement viables.
- D'autre part, la *viabilité financière* devient problématique lorsque les États ne sont pas à même de maintenir les ressources à un niveau inchangé, faute de capacité ou de volonté à prélever suffisamment de recettes, et lorsqu'ils ne peuvent ou ne veulent pas « évincer » davantage d'autres formes de dépenses publiques.

Par conséquent, l'augmentation des dépenses de santé peut être viable économiquement sans l'être financièrement. Force est de reconnaître que, dans certains pays, « l'utilisation optimale des ressources » ne suffit pas pour assurer la viabilité des systèmes. Lorsque la contrainte budgétaire est forte, les systèmes de santé doivent trouver de nouvelles sources de financement (dont la plupart ont leurs propres inconvénients) pour éviter de différer des dépenses de santé dont les avantages sont supérieurs aux ressources qu'elles mobilisent. Certains des problèmes auxquels les pays sont actuellement confrontés sont dus non pas au fait que le système de santé gère mal ses dépenses, mais au fait que ces pays ne peuvent prélever suffisamment de ressources en raison de la conjoncture économique. De nombreux pays de l'OCDE se trouvent sans doute actuellement dans cette situation.

Le présent rapport *ne saurait* prétendre aborder tous les aspects pouvant intervenir dans l'instauration de systèmes de santé hautement performants. Les différentes formes de financement de la santé, ou le rôle que devrait jouer la concurrence dans les systèmes de santé, entre autres exemples, ne sont pas examinés en détail. L'accent est plutôt mis sur les initiatives les plus prometteuses prises par les pays pour mieux « optimiser » les dépenses de santé.

Ce chapitre introductif porte d'abord sur les tendances enregistrées dans la période écoulée – en particulier depuis une quinzaine d'années – par les dépenses de santé et leurs composantes. Au-delà de l'analyse de la moyenne OCDE, il tente de dégager des caractéristiques communes à différents groupes de pays. Sont ensuite évoqués les principaux facteurs d'augmentation des dépenses de santé, et les pressions à la hausse dans le futur. Après une évaluation rapide des conditions macroéconomiques auxquelles sont confrontés les pays de l'OCDE, compte tenu des dernières projections relatives à leur situation financière, le chapitre se termine par un examen de travaux empiriques récents sur le degré d'inefficience des systèmes, laissant entendre qu'il est possible de prendre en compte les impératifs de viabilité, financière ou économique, en améliorant l'utilisation des ressources pour la rendre aussi efficiente que dans les pays les plus performants.

Le chapitre 2 passe en revue les divers moyens d'action et instruments d'intervention susceptibles d'influer sur les coûts des soins de santé, les prestations et/ou le lien entre les deux, qu'ils aient été conçus dans une optique à court terme ou qu'ils visent à modifier la trajectoire de dépenses à plus long terme en transformant les modalités d'organisation et d'administration des systèmes de soins médicaux.

Le reste du rapport donne des éclaircissements sur les initiatives qui peuvent soit assurer la même prise en charge à moindre coût, soit améliorer l'accès à des services médicaux de qualité à un prix raisonnable, à savoir :

- Un processus de décision systématique et rationnel pour la définition du panier de soins couverts, l'adoption de nouvelles technologies et l'application de la médecine fondée sur les preuves (chapitre 3) ;
- Le rôle de la « rémunération à la performance », récompense accordée aux prestataires qui utilisent les ressources de façon optimale en proposant des soins et des analyses de meilleure qualité (chapitre 4) ;
- Les efforts d'optimisation des dépenses consistant à réduire la demande de soins grâce à une coordination plus étroite entre les intervenants en matière de santé (chapitre 5) ;
- Les dispositions à prendre pour tirer le meilleur parti possible des dépenses pharmaceutiques (chapitre 6) ; et
- Les éléments montrant dans quelle mesure, en matière de santé, un investissement accru dans les TIC pourrait améliorer l'accès, réduire les coûts et améliorer la qualité des soins (chapitre 7).

2. Évolution des dépenses de santé au cours des dernières décennies

Croissance des dépenses totales de santé

Comme indiqué dans la section précédente, les dépenses de santé ont connu une hausse quasiment ininterrompue ces dernières décennies, et atteignaient près de 9 % du PIB en 2008 (graphique 1.1). Durant les 15 années précédentes, les dépenses réelles de santé par habitant ont enregistré une croissance annuelle de 3.9 % en moyenne dans la zone OCDE (graphique 1.2). À titre de comparaison, le PIB a augmenté de 2.6 % par an environ. Tandis que le taux moyen de croissance économique est resté relativement stable durant cette période, la croissance des dépenses de santé a été plus variable (graphique 1.3). Au milieu des années 90, les gouvernements de certains pays de l'OCDE ont mis en place des mesures de maîtrise des coûts, compte tenu de l'accélération des

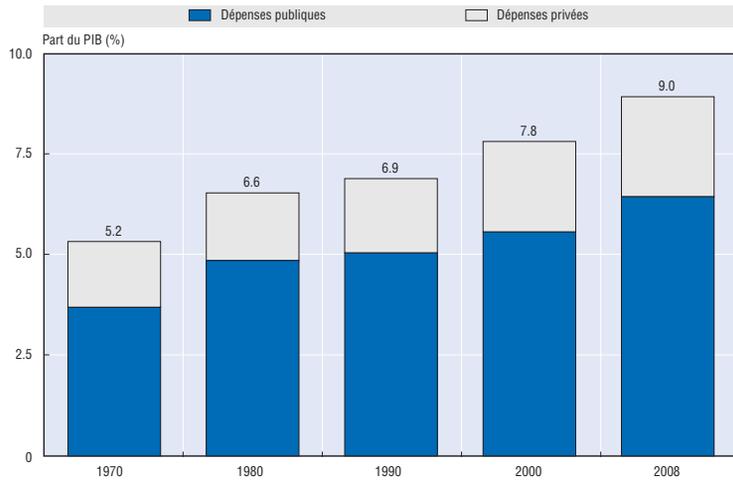
dépenses de santé observée au début de la décennie. D'où une progression des dépenses de santé globalement comparable à celle du PIB en moyenne (Huber et Orosz, 2003). Ce ralentissement n'a cependant été que temporaire. Les dépenses de santé ont recommencé à augmenter rapidement vers la fin des années 90, en raison des politiques délibérément instaurées par un certain nombre de pays de l'OCDE pour atténuer l'effet des mesures restrictives précédentes (Canada, Royaume-Uni et Irlande, par exemple). Les contrôles budgétaires plus étroits adoptés dans ces pays avaient limité à la fois la capacité de soins et le niveau d'activité. Aux États-Unis, le rejet de certaines des formes les plus restrictives de *disease management* dans l'année 1990 s'est traduit par un certain assouplissement, parallèlement à une augmentation rapide des coûts (Colombo et Morgan, 2006).

De fortes disparités entre les pays

Le volume et le rythme de progression des dépenses de santé sont très variables d'un pays de l'OCDE à l'autre. L'évolution de la part des dépenses de santé dans le PIB dépend à la fois du taux de croissance du PIB et du taux de croissance des dépenses de santé elles-mêmes (graphique 1.4). Compte tenu de cet effet combiné, un certain degré de convergence peut être observé entre les pays de l'OCDE concernant la part des dépenses de santé dans le PIB. Différentes catégories se dessinent, selon les caractéristiques de croissance économique et d'évolution des dépenses de santé durant la période considérée.

- Plusieurs pays à haut revenu, comme le Canada et certains pays scandinaves, ont affiché une croissance économique régulière supérieure à 2 % par an, mais l'essor des systèmes de santé financés essentiellement par des deniers publics a été freiné. Au Canada et en Finlande, les dépenses ont été respectivement limitées par les autorités provinciales et municipales, dans le contexte de récession du début des années 90, face à des déficits publics en augmentation. Toutefois, depuis la fin des années 90, la progression des dépenses de santé a largement dépassé celle du PIB dans ces deux pays.
- Au Royaume-Uni et en Australie – caractérisés l'un et l'autre par une croissance économique modérée à forte durant la période considérée –, la croissance des dépenses de santé l'a généralement emporté sur celle de l'économie. Les pressions en faveur d'une maîtrise des coûts ont peut-être été moins fortes et, dans le cas du Royaume-Uni, l'allocation de ressources publiques supplémentaires au titre de la santé est devenue la règle vers la fin des années 90.
- En Allemagne et en Italie, l'atonie de la croissance économique a peut-être contribué à limiter les dépenses de santé, et jugulé ainsi toute augmentation significative du ratio dépenses de santé/PIB. Les dépenses de santé par habitant ont progressé, en termes réels, de 2 % par an en moyenne dans les deux pays. En revanche, dans d'autres pays où la croissance économique était faible, comme le Japon, la France et la Belgique, l'augmentation globale des dépenses de santé a été bien supérieure à celle du PIB, d'où un ratio dépenses/PIB plus élevé.

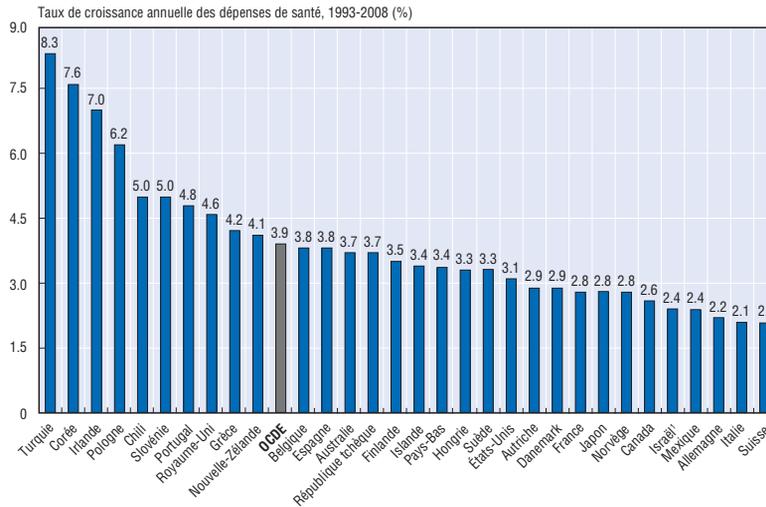
Graphique 1.1. Part moyenne des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB) des pays de l'OCDE



Source : OCDE (2010a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331296>

Graphique 1.2. Croissance annuelle des dépenses de santé par habitant, 1993-2008

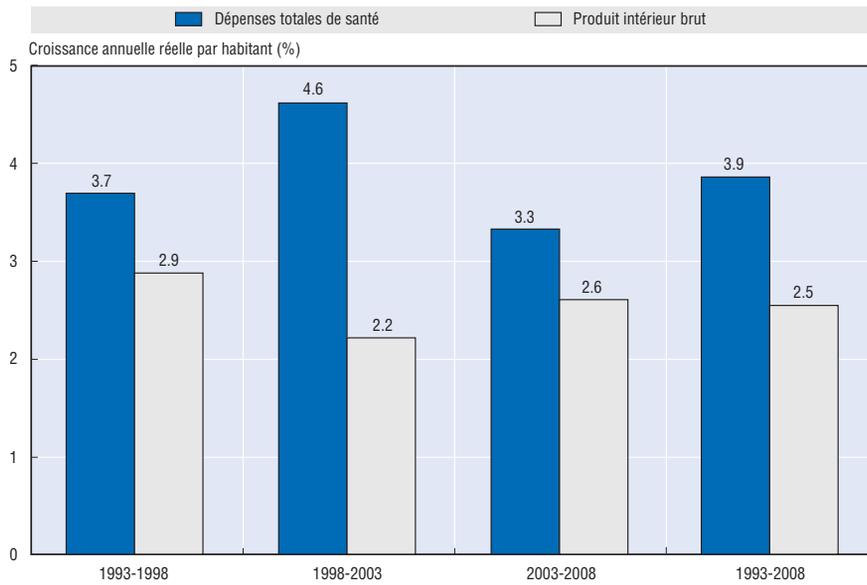


1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331315>

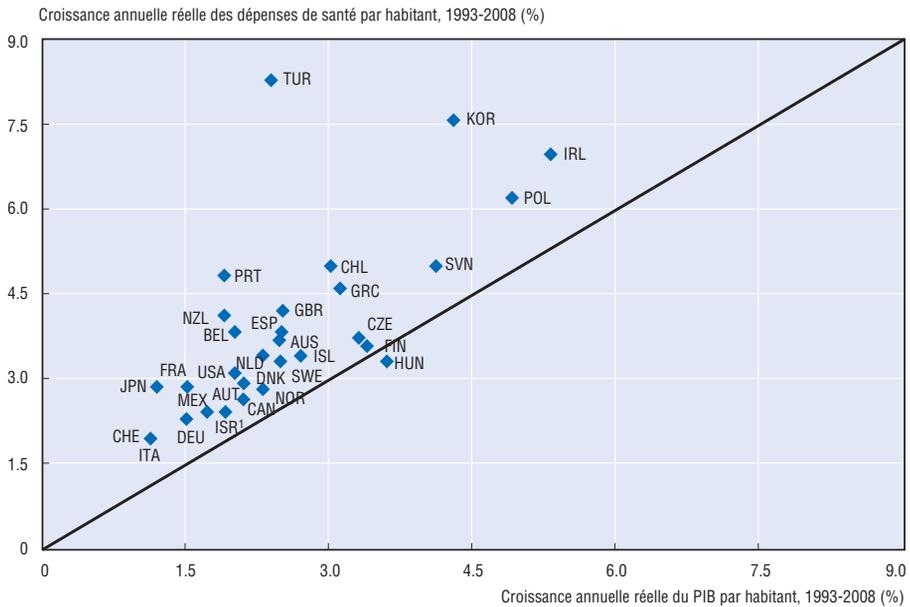
Graphique 1.3. Croissance des dépenses totales de santé et du PIB dans les pays de l'OCDE, 1993-2008



Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331334>

Graphique 1.4. Croissance annuelle des dépenses totales de santé et du PIB, 1993-2008



1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331353>

- Dans certains des pays à faible revenu de l'OCDE, la vigueur relative de la croissance économique à long terme a été plus que compensée par d'importantes hausses des dépenses de santé. Ce constat vaut pour l'Irlande, la Corée, la Pologne et la Turquie. Dans d'autres pays, tels que la République tchèque et la Slovaquie, la croissance économique a aussi été relativement forte, mais – à la différence des exemples précités – la progression des dépenses de santé, bien que marquée, n'a pas sensiblement dépassé celle de l'économie dans son ensemble, d'où un accroissement modéré du ratio dépenses/PIB. Ce ratio a même baissé en Hongrie durant la période considérée.
- Enfin, des pays comme le Portugal (et, dans une moindre mesure, le Mexique) ont affiché une croissance plutôt forte des dépenses de santé, contrastant avec la lenteur du développement économique. Malgré l'absence d'amélioration, voire la dégradation, de leur position économique relative (en termes de PIB par habitant, par rapport aux autres pays de l'OCDE), les ressources consacrées au système de soins de santé ont sensiblement augmenté.

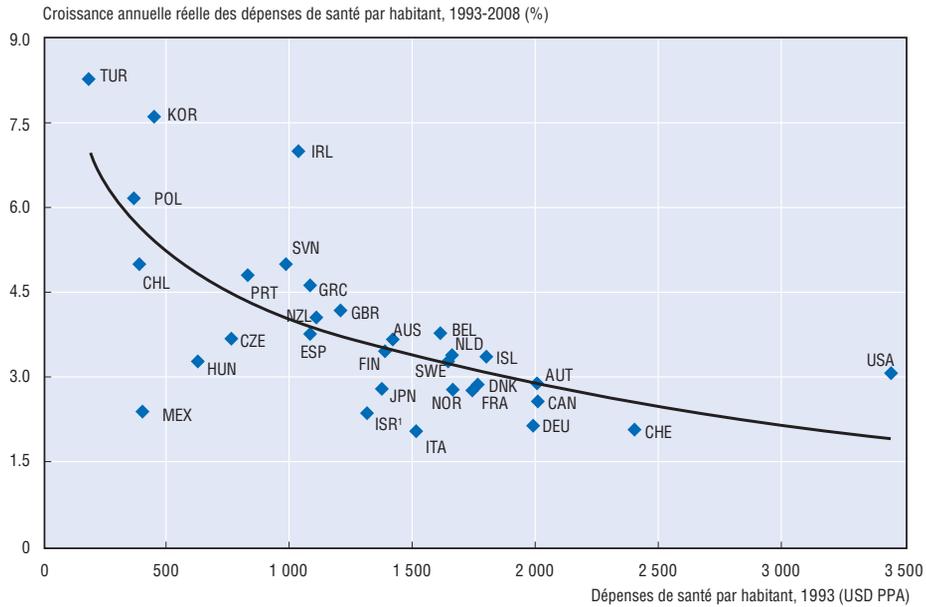
Évolution des dépenses dans le temps et rattrapage

En matière de croissance des dépenses de santé par habitant, les différences très marquées évoquées ci-dessus entre les pays de l'OCDE résultent de la diversité des évolutions économiques et des orientations retenues. Plusieurs pays membres, essentiellement à faible revenu, ont délibérément choisi de financer le développement et l'amélioration de leurs systèmes de santé afin de les aligner sur les normes de l'OCDE en ce qui concerne la prise en charge et l'accès aux soins. La Corée et la Turquie, par exemple, ont mis en place d'importantes réformes visant à accroître la couverture maladie de leur population. Certains pays d'Europe orientale ont également connu une augmentation rapide de leurs dépenses de santé.

D'autres pays, pour la plupart à revenu élevé, ont cherché à maîtriser leurs coûts et y sont parvenus. La croissance annuelle réelle des dépenses de santé par habitant, qui s'est établie à 2 % environ en Italie, en Allemagne et en Suisse, a largement dépassé 6 % en Irlande, en Corée et en Turquie (graphique 1.5). On a donc assisté à un « rattrapage » ou à une convergence des dépenses de santé entre les pays.

La part publique des dépenses totales de santé est restée relativement stable en moyenne dans les pays de l'OCDE depuis le début des années 90. Cela étant, l'écart tend également à se réduire entre les pays en ce qui concerne les parts relatives des financements public et privé des soins (graphique 1.6). Autrement dit, les pays dans lesquels la part publique des dépenses de santé était relativement importante, et où le marché de l'assurance privée ou les dispositifs de partage des coûts étaient souvent moins développés au début des années 90 (République tchèque, Pologne et Hongrie, par exemple), ont par la suite enregistré une croissance plus rapide des dépenses privées. En revanche, dans les pays où la part publique des dépenses de santé était relativement faible au début des années 90, les dépenses publiques sont en général devenues le principal facteur d'accroissement global des dépenses de santé. Il faut citer à cet égard la Corée, le Portugal et l'Irlande, qui, comme indiqué précédemment, ont délibérément pris des dispositions pour étendre la couverture maladie ou investir massivement dans les systèmes de santé².

Graphique 1.5. Dépenses totales de santé par habitant en 1993 et croissance annuelle des dépenses, 1993-2008

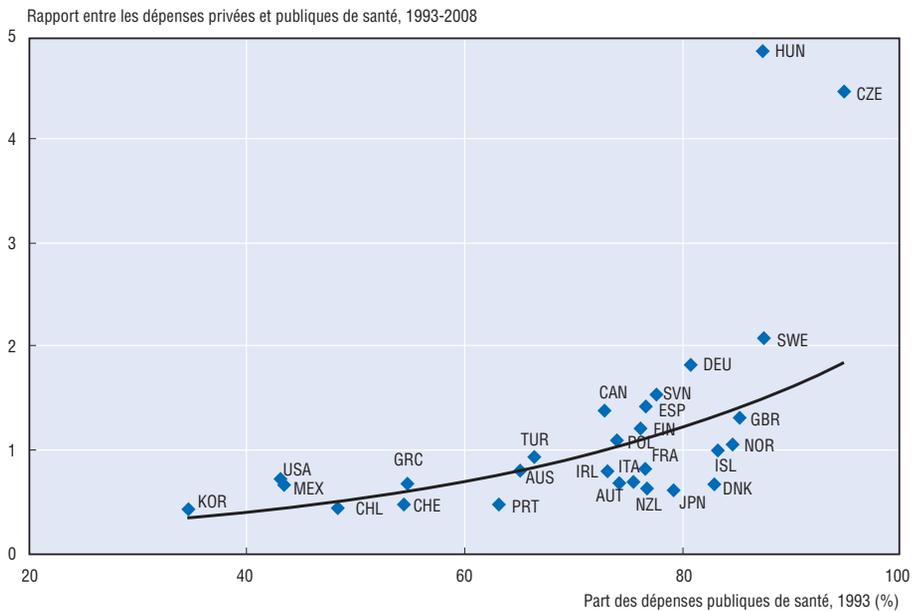


1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331372>

Graphique 1.6. Rapport entre la croissance des dépenses privées et publiques de santé, 1993-2008



Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331391>

3. Dépenses par type de services de soins

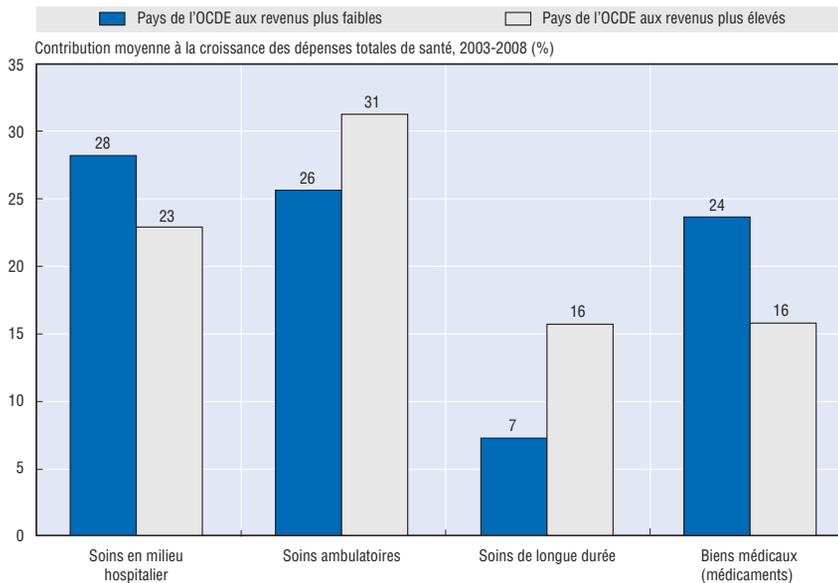
L'allocation des dépenses de santé aux différents types de biens et services médicaux peut être influencée par toute une série de facteurs nationaux : mise à disposition de ressources, accès à des technologies nouvelles ou coûteuses, dispositifs financiers et institutionnels concernant l'offre de soins, recommandations de pratique clinique et charge de morbidité. Les données de l'OCDE permettent de ventiler les dépenses entre les différents types de soins (soins hospitaliers, soins ambulatoires, produits pharmaceutiques, etc.) et de services bénéficiant à tout ou partie de la collectivité, tels que les services de santé publique et d'administration des soins.

Les soins hospitaliers et les soins ambulatoires absorbent au total 60 % environ des dépenses de santé³. Étant donné que les soins hospitaliers nécessitent une main-d'œuvre importante, et par conséquent coûtent cher, les pays à revenu élevé dotés de systèmes de santé évolués ont cherché à réduire la part des dépenses hospitalières en privilégiant davantage la chirurgie ambulatoire, les soins ambulatoires et les soins à domicile. Ces services constituent une innovation notable en matière de prestation de soins, et les patients préfèrent souvent y recourir, dans la mesure du possible, plutôt que de séjourner à l'hôpital. Entre 2003 et 2006, les interventions de chirurgie ambulatoire non urgentes ont contribué pour un quart à la croissance des dépenses de santé aux États-Unis, contre tout juste 4 % au Canada⁴. D'après les estimations des dépenses de chirurgie ambulatoire pratiquée par des médecins indépendants en 2003 et 2006, c'est le secteur de soins qui a connu l'essor le plus rapide pendant cette période (McKinsey Global Institute, 2008). En France, les dépenses de soins ambulatoires représentent désormais 11 % environ des dépenses de soins curatifs. En Allemagne, en revanche, où la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux publics a été interdite jusqu'à la fin des années 90 (Castoro *et al.*, 2007), 2 % seulement des dépenses de soins curatifs correspondaient à des soins d'hospitalisation de jour⁵. Plus généralement, dans les pays à faible revenu soucieux d'investir dans le développement de leurs systèmes de santé, les dépenses de soins hospitaliers ont augmenté plus vite que d'autres types de dépenses, si bien qu'elles ont joué un rôle prépondérant dans la croissance totale des dépenses de santé (graphique 1.7).

Les dépenses de soins de longue durée ont nettement augmenté dans les pays de l'OCDE, en raison de l'augmentation de la demande de soins liée au vieillissement de la population. Qu'il s'agisse de soins en institution ou de soins à domicile, elles représentent désormais en moyenne plus de 12 % des dépenses totales de santé, et ce pourcentage est largement dépassé dans les pays où les personnes âgées constituent déjà une part non négligeable de la population. L'Allemagne et le Japon, où plus de 20 % de la population était âgée de plus de 65 ans en 2008, ont diversifié leurs dispositifs d'assurance sociale pour couvrir les coûts afférents aux soins de longue durée, respectivement en 1995/96 et en 2000.

En conclusion, les responsables de l'action gouvernementale de la zone OCDE restent confrontés à une hausse persistante des dépenses de santé, que le vieillissement de la population, la croissance du revenu et les innovations technologiques vont continuer d'alimenter dans les décennies à venir. Néanmoins, étant donné l'importance des déficits publics et le poids toujours plus grand de la dette publique, les gouvernements seront peut-être dorénavant moins enclins à financer de nouvelles augmentations de l'offre de services de santé. La santé pourrait faire l'objet de réductions budgétaires, tout comme d'autres secteurs relevant de l'État. Abstraction faite du cycle économique, des travaux récents de l'OCDE laissent entrevoir d'importantes réserves de productivité dans lesquelles beaucoup de pays peuvent puiser pour faire face à l'augmentation future des besoins. D'où la question plus vaste des mesures à prendre pour freiner la croissance des dépenses de santé, qui sera traitée dans le chapitre 2.

Graphique 1.7. Évolution de la part des principaux types de soins dans les dépenses totales de santé, 2003-08



Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331410>

Les dépenses de biens médicaux, qui renvoient principalement aux produits pharmaceutiques, ont également augmenté rapidement dans la plupart des pays de l'OCDE, et représentent une part de plus en plus importante des dépenses totales de santé. Depuis 1993, la croissance des dépenses pharmaceutiques a été, en moyenne, de près de 4.5 %, contre une croissance annuelle de 3.9 % pour les dépenses totales de santé. En 2008, les produits pharmaceutiques correspondaient à 17 % environ des dépenses totales de santé, soit 1.5 % du PIB. Étant donné que les biens médicaux absorbent, en moyenne, une part plus faible des dépenses de santé que les soins hospitaliers et les soins ambulatoires, ils ont moins contribué – à hauteur d'un cinquième environ – à la croissance globale des dépenses de santé.

Là encore, il existe de grandes disparités entre les pays. Bien que la croissance des dépenses pharmaceutiques soit relativement élevée dans les pays à faible revenu, elle est plutôt inférieure à celle des soins hospitaliers et des soins ambulatoires, et la part des produits pharmaceutiques dans les dépenses totales de santé a donc baissé. Dans certains pays où les dépenses sont élevées, comme le Canada, les biens médicaux ont été la principale cause de l'augmentation des dépenses de santé, contribuant pour près d'un tiers à leur croissance globale. L'augmentation des dépenses pharmaceutiques a aussi été relativement forte aux États-Unis, en Autriche et en France. Au Japon et en Allemagne, en revanche, les effets de la réglementation plus stricte des prix ou de l'action en faveur de la prescription de médicaments génériques se sont fait davantage sentir.

4. Facteurs en jeu dans les dépenses de santé

Un certain nombre d'études ont essayé d'identifier les principaux facteurs d'augmentation des dépenses de santé et d'évaluer leurs effets respectifs (Newhouse, 1992 ; OCDE, 2006 ; Dormont *et al.*, 2006 ; Smith *et al.*, 2009)⁶. Parmi ces déterminants,

le vieillissement de la population, l'augmentation du revenu national, le prix relatif des biens médicaux et le progrès technologique ont fait l'objet d'une attention particulière. Le rôle de l'offre médicale et de la « médecine défensive » a également été examiné, notamment aux États-Unis, mais il s'avère négligeable. La plupart des études ont utilisé un cadre de comptabilité de la croissance (voir Denison, 1962). Dans ce cadre général, Newhouse (1992) estime la contribution des facteurs connus à la croissance des dépenses de santé (1940-90) et suppose que l'essentiel du résidu inexplicé est imputable aux transformations intervenues dans les technologies médicales. D'après un réexamen de ces estimations à la lumière de données plus récentes, réalisé par Newhouse et ses collègues (Smith *et al.*, 2009), les technologies pourraient expliquer entre un quart et la moitié de l'augmentation des dépenses de santé.

À en juger par les travaux publiés, le vieillissement joue un rôle modeste dans la croissance des dépenses de santé constatée par le passé. Il intervient à hauteur de 6.5 à 9 % dans la croissance des dépenses totales de santé sur la période 1960-90, mais les résultats dépendent de la stratégie utilisée pour l'estimation, du type de données, du pays et de la période considérée (OCDE, 2006 ; Dormont *et al.*, 2006 ; Smith *et al.*, 2009)⁷. Toutes les études considèrent que l'augmentation du revenu est le facteur de croissance des dépenses de santé le plus important, les estimations allant de 28 à 58 % selon les données et les hypothèses sur l'élasticité-revenu des dépenses de santé (dont on estime généralement qu'elle se situe entre 0.6 et 1.0⁸).

L'inflation des prix médicaux n'est pas toujours prise en compte dans les modèles en raison de problèmes de mesure. Cependant, Smith *et al.* estiment que les prix médicaux contribuent à hauteur de 5 à 18 % à la croissance des dépenses, en se fondant sur deux hypothèses différentes concernant les gains de productivité des soins médicaux. Pour mesurer la contribution du progrès technologique, on se réfère souvent au chiffre résiduel obtenu après avoir estimé les contributions respectives des autres facteurs. D'après les estimations initiales de Newhouse (1992), la croissance des dépenses de santé est imputable aux évolutions technologiques à hauteur de 50 à 75 %. Des estimations plus récentes se rapportant aux chiffres des États-Unis pour la période 1960-2007 vont de 27.4 à 48.3 % selon les hypothèses de travail retenues (Smith *et al.*, 2009). Dormont *et al.* (2006), microdonnées à l'appui, ont montré que « les évolutions des pratiques médicales », pour un niveau donné de morbidité, étaient à l'origine d'environ un quart de la croissance des dépenses de santé en France durant la période 1992-2000.

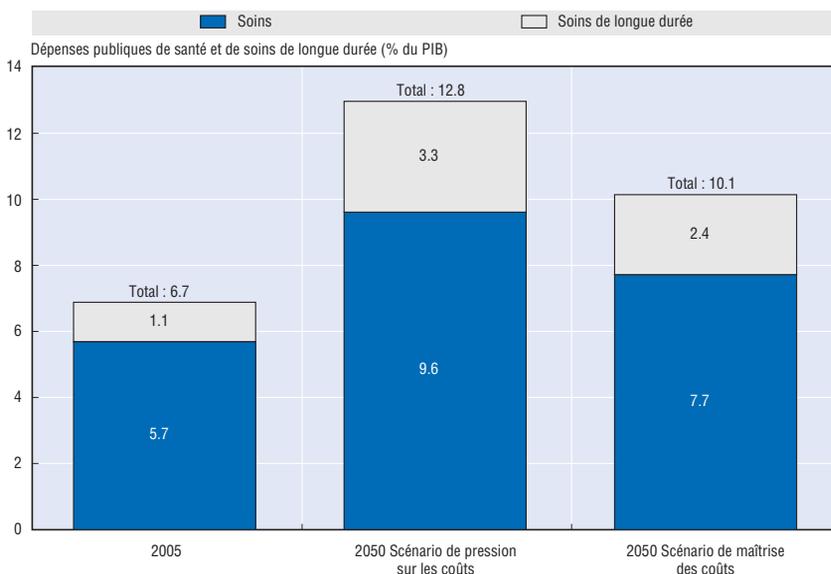
L'évolution du contexte épidémiologique a été également évoquée parmi les facteurs d'augmentation des dépenses de santé. Du fait de la prévention des maladies infectieuses, conjuguée à la possibilité d'entreprendre des traitements de longue durée pour des affections auparavant difficiles à soigner ou incurables, les maladies chroniques occupent une plus large part dans les dépenses de santé. Cependant, lorsqu'on tient compte des données démographiques et de l'évolution quantitative des services liés aux technologies et aux traitements, l'effet global semble minime. D'après les projections concernant les dépenses de santé en Australie pour la période 2003-33, l'évolution escomptée du taux de morbidité, correction faite des effets dus à l'âge, a eu un effet favorable dans des domaines comme les maladies cardio-vasculaires et le cancer, mais cet effet est contrebalancé par une très forte augmentation de l'incidence du diabète (AIHW, 2008).

5. La viabilité financière sera-t-elle préoccupante à l'avenir ?

Les dépenses publiques de santé et de soins de longue durée représentaient, en moyenne, environ 7 % du PIB en 2007. Comme on l'a vu précédemment, il ne suffit pas toujours de montrer que les dépenses de santé sont optimales parce que les avantages dépassent les coûts engagés. Si la situation budgétaire ne permet tout simplement pas de mobiliser les fonds voulus pour couvrir les dépenses, la réduction de dépenses souhaitables sur le plan social devient incontournable. La présente section porte sur les projections à long terme des dépenses publiques, tandis que la suivante vise à apprécier dans quelle mesure le contexte budgétaire actuel met un plus grand nombre de pays dans cette situation fâcheuse.

La plupart des projections récentes de l'OCDE donnent une idée des tendances probables en matière de dépenses de santé et de soins de longue durée. Ces deux composantes sont envisagées séparément car les facteurs en jeu diffèrent quelque peu. Il ressort que les dépenses publiques de santé et de soins de longue durée pourraient presque doubler par rapport aux niveaux actuels – passant de près de 7 % du PIB en 2005 à environ 13 % en 2050 – étant entendu que la croissance du résidu, autrement dit l'évolution technologique⁹, reste inchangée pendant cette période (graphique 1.8). À supposer que les États parviennent à réduire le « résidu » de moitié sur la période de projection, les dépenses publiques de santé et de soins de longue durée atteindraient néanmoins 10 % du PIB, soit une progression de 3.5 points de pourcentage.

Graphique 1.8. Projections des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée, 2005-50



Source : OCDE (2006).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331429>

Comme indiqué précédemment, ces augmentations ont plusieurs causes. En ce qui concerne l'évolution de la pyramide des âges, la part grandissante des tranches plus âgées de la population exercera une pression à la hausse sur les coûts, les dépenses de soins augmentant avec l'âge. Toutefois, le coût moyen par personne âgée devrait baisser avec le temps pour deux raisons. Tout d'abord, les projections partent de l'hypothèse d'un

allongement de la durée de vie, reportant ainsi dans le futur les coûts élevés correspondant à la période qui précède la mort ; ensuite, l'effet du vieillissement de la population est également atténué car on suppose que les individus vivront certes plus longtemps, mais en bonne santé.

Les effets liés à l'âge sont plus marqués pour les soins de longue durée. Les soins de longue durée tendront à augmenter parallèlement à la part des personnes âgées dans la population. Cet effet est quelque peu atténué par la probabilité que la proportion de personnes dépendantes dans chaque tranche d'âge élevée diminuera à mesure que la longévité augmente, l'hypothèse étant que les individus « vieilliront en bonne santé ». S'ajoutent des facteurs non démographiques : les dépenses risquent fort de s'élever sous la poussée de « l'effet de Baumol », c'est-à-dire une augmentation du coût relatif des soins de longue durée alignée sur la croissance moyenne de la productivité économique, du fait de perspectives de gains de productivité limitées dans ce secteur.

Ces moyennes occultent de très fortes disparités entre les pays. Selon le scénario de maîtrise des coûts, un groupe de pays se distingue par une augmentation des dépenses de santé et de soins de longue durée égale ou supérieure à 4 points de pourcentage du PIB sur la période 2005-50. Il comprend des pays dont l'indice de vieillissement augmente rapidement (Espagne, Italie, Japon), des pays dont la structure démographique subira des modifications radicales (Corée, Mexique, République slovaque) et des pays dont le taux d'activité est actuellement faible et qui seront peut-être confrontés à une augmentation non négligeable de la demande de soins de longue durée formels (Espagne, Irlande, Italie). En revanche, la Suède, qui arrive à un stade avancé du processus de vieillissement et consacre une part relativement importante de son PIB à la santé et aux soins de longue durée, se situe dans la tranche la plus basse avec une augmentation inférieure à 2 points de pourcentage du PIB.

Malgré des incertitudes, l'analyse de sensibilité permet de penser que les résultats sont assez fiables pour certains aspects essentiels. Par exemple, selon l'hypothèse de « vieillissement en bonne santé », l'allongement de la durée de vie n'aura qu'un effet modéré sur les dépenses. Cependant, les projections concernant les dépenses de soins de longue durée sont sensibles à l'évolution future des taux d'activité de la population en âge de travailler, car l'élévation des taux d'activité réduit les capacités de soins « informels ». Selon un autre scénario, dans lequel le faible taux d'activité observé actuellement dans divers pays converge vers celui de pays où ce taux est élevé, les dépenses de soins de longue durée augmentent en moyenne de 1 à 2 points de PIB supplémentaires, et bien plus dans certains pays.

Les similitudes et les différences entre les résultats de cet exercice et les nombreuses projections nationales relatives aux dépenses publiques sont instructives¹⁰. Le tableau 1.1 confronte les résultats de projections nationales récentes et ceux qu'a obtenus l'OCDE pour un certain nombre de pays membres. Comme dans l'exercice de l'OCDE, la plupart des modèles proposent plusieurs scénarios correspondant à des ensembles d'hypothèses distincts. Les projections reprises dans le tableau renvoient principalement au scénario de base, mais, par exemple, l'Allemagne donne deux prévisions selon que les conditions sont plus ou moins favorables en termes de viabilité. On notera également que les agrégats se rapportant à la santé et aux soins à long terme s'écartent parfois de la définition et du point de départ retenus dans l'étude OCDE, au risque d'empêcher les comparaisons directes. Les projections nationales de dépenses peuvent prendre en compte des hypothèses divergentes quant à l'évolution de la démographie, de la population active et

de la productivité, ainsi que des scénarios différents concernant la santé et l'action gouvernementale.

Les résultats nationaux soulignent la diversité des projections à long terme, puisque le ratio dépenses de santé/PIB augmente de 2 points de pourcentage, voire moins, dans des pays comme l'Allemagne, la Corée, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suisse, alors que la France et les Pays-Bas prévoient des augmentations beaucoup plus fortes. Pour la majorité des pays, les projections diffèrent peu de la fourchette d'estimations de l'OCDE.

Tableau 1.1. Projections réalisées par l'OCDE et par plusieurs pays : dépenses publiques de santé et de soins de longue durée, 2005 à 2050

	Projections nationales						Etude de l'OCDE de 2006		
	Source	Secteur	Année de référence	Part du PIB pour l'année de référence	Année de projection	Part du PIB pour l'année de projection	Secteur	Part du PIB en 2005	Part prévue du PIB en 2050 ¹
Allemagne	Bundesministerium der Finanzen	Ass. santé obligatoire	2006	6.3%	2050	7.8% / 8.5%	Dép. publ. santé	7.8%	9.6% / 11.4%
		Assurance SLD		0.8%		1.7% / 2.3%	Dép. publ. SLD	1.0%	2.2% / 2.9%
Australie	Treasurer of Commonwealth of Australia	Public : santé	2009-10	4.0%	2049-50	7.1%	Dép. publ. santé	5.6%	7.9% / 9.7%
		Public : soins personnes âgées		0.8%		1.8%	Dép. publ. SLD	0.9%	2.0% / 2.9%
Belgique	Conseil supérieur des finances - CEV	Public : santé	2008	6.1%	2050	8.6%	Dép. publ. santé	5.7%	7.2% / 9.0%
		Public : SLD		1.2%		2.5%	Dép. publ. SLD	1.5%	2.6% / 3.4%
Canada	Bureau du directeur parlementaire du budget	Public : santé	2007	6.8%	2050-51	10.9%	Dép. publ. santé	7.0%	8.4% / 10.2%
							Dép. publ. SLD	1.2%	2.4% / 3.2%
Corée	Yonsei Uni./Gachon Uni.	Public : santé	2005	3.1%	2050	4.9%	Dép. publ. santé	3.0%	6.0% / 7.8%
États-Unis	Congressional Budget Office (CBO)	Medicare & Medicaid	2009	5.0%	2035 (2080)	10% (17%)	Dép. publ. santé	6.3	7.9% / 9.7%
							Dép. publ. SLD	0.9%	1.8% / 2.7%
France	Sénat	Total : santé	2000	9.3%	2050	17.4% / 19.4%	Dép. publ. santé	7.0%	8.7% / 10.6%
	DREES	Total : santé	2004	10.4%		14.9% / 22.3%	Dép. publ. SLD	1.1%	2.0% / 2.8%
Italie	Ministero dell'Economia e Delle Finanze	Public : santé	2008	-7.0%	2050	9.0%	Dép. publ. santé	6.5%	7.9% / 9.7%
							Dép. publ. SLD	0.6%	2.8% / 3.5%
Japon	Minist. Santé, Travail et Bien-être (MHLW)	Public : santé	2004	7.1%	2025	11.2%	Dép. publ. santé	6.0%	8.5% / 10.3%
		Public : SLD		1.4%		3.6%	Dép. publ. SLD	0.9%	2.4% / 3.1%
Pays-Bas	Minist. Santé, Bien-être et Sports (VWS)	Public : santé et SDL	2009	9.7%	2050	26.1%	Dép. publ. santé	5.1%	7.0% / 8.9%
							Dép. publ. SLD	1.7%	2.9% / 3.7%
Royaume-Uni	HM Treasury	Public : santé	2009-10	-8.1%	2049-2050	-10.2%	Dép. publ. santé	6.1%	7.9% / 9.7%
		Public : SLD		-1.3%		-2.1%	Dép. publ. SLD	1.1%	2.1% / 3.0%
Suisse	Administration fédérale des finances	Public : santé	2005	4.4%	2050	5.8%	Dép. publ. santé	6.2%	7.8% / 9.6%
		Public : SLD		0.5%		1.4%	Dép. publ. SLD	1.2%	1.9% / 2.6%

SLD: Soins de longue durée.

1. Part prévue du PIB selon les deux scénarios : « pression à la hausse sur les coûts » et « maîtrise des coûts ».

Source : Allemagne : « Second Report on the Sustainability of Public Finances », Bundesministerium der Finanzen (BMF – ministère fédéral des Finances), juin 2008 ; Australie : « Intergenerational Report. Australia to 2050: Future Challenges », Treasurer of the Commonwealth of Australia, janvier 2010 ; Belgique : « Rapport annuel », Comité d'étude sur le vieillissement (CEV), Conseil supérieur des finances, juin 2009 ; Canada : « Rapport sur la viabilité financière », Bureau du directeur parlementaire du budget, février 2010 ; Corée : « Forecasting Future Public Health Expenditures in Consideration of Population Ageing », 2009 ; États-Unis : « The Long-term Budget Outlook », Congressional Budget Office (CBO), juin 2009 ; France : « Les déterminants macro-économiques des dépenses de santé : comparaison entre quelques pays développés », annexe au rapport Vasselle, Rapport du Sénat sur l'assurance maladie, 2004 ; Italie : « Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – aggiornamento 2008 », Ministero dell'Economia e delle Finanze - Ragioneria Generale dello Stato, 2008 ; Japon : « Future Prospect of Social Security Expenditure and Contributions », ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être (MHLW), mai 2004 ; Pays-Bas : Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (VWS)/Ministère de la Jeunesse et de la Famille, 2010 ; Royaume-Uni : « Long-term Public Finance Report: An Analysis of Fiscal Sustainability », HM Treasury, décembre 2009 ; Suisse : « Les perspectives à long terme des finances publiques en Suisse », Administration fédérale des finances (AFF), avril 2008 ; OCDE : « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What Are the Main Drivers? », Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 477, février 2006.

6. La viabilité budgétaire est-elle préoccupante aujourd'hui ?

Pour déterminer comment l'action gouvernementale à venir va influencer sur les dépenses publiques de santé, il faut avoir à l'esprit la part croissante de la santé dans le total des dépenses publiques. Pendant les années qui ont précédé la récession actuelle, les dépenses des administrations publiques rapportées au PIB ont globalement baissé, passant d'environ 46 % en 1995 à 41 % en 2007 (pour de plus amples informations, voir Joumard *et al.*, 2010). Cette baisse peut être attribuée à une augmentation du PIB total plus rapide que celle des dépenses des administrations publiques, plutôt qu'à une diminution en termes absolus des dépenses publiques dans leur ensemble (OCDE, 2009b). Deux pays seulement, le Portugal et la Corée, ont vu augmenter la part des dépenses publiques par rapport au PIB. Au cours de la même période, la proportion des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales est passée, en moyenne, de 12 % environ à 16 %, sauf en Hongrie où elle est demeurée inchangée.

Dans ce contexte général, le ralentissement de l'activité économique amorcé en 2008 n'est pas de même nature que les récessions précédentes car il s'est étendu simultanément à toute la planète. La quasi-totalité des pays de l'OCDE ont été touchés. La dernière édition des *Perspectives économiques de l'OCDE* (n° 87, juin 2010) fait état d'une baisse du PIB atteignant -3.3 % dans la zone OCDE en 2009, avec des prévisions de croissance médiocres pour la plupart des pays jusqu'à la fin de 2010.

Le mouvement de reprise observé en 2010 tient pour beaucoup aux programmes de relance sans précédent mis en place par de nombreux pays de la zone OCDE pour soutenir les économies fragilisées, et non à un redémarrage de la demande induite de consommation. Du fait de cette intervention massive des États, conjuguée aux effets automatiques de la récession, notamment sur les recettes publiques, la situation budgétaire de la plupart des pays de l'OCDE s'est gravement détériorée, avec une montée en flèche des déficits publics en 2009. On estime que ces déficits vont rester proches de 8 % du PIB en 2010 dans les pays de l'OCDE, et les prévisions n'indiquent qu'une légère amélioration pour 2011. Le rapport de la dette publique brute au PIB devrait atteindre 100 % en 2011 dans l'ensemble de la zone OCDE, alors qu'il dépassait à peine 70 % en 2007, avant la crise financière.

De tels niveaux d'endettement public suscitent des inquiétudes quant à la situation budgétaire et à la viabilité financière, d'où la nécessité pour les gouvernements d'étudier soigneusement de nouvelles stratégies pour commencer à réduire leur dette tout en évitant de compromettre l'effet de relance induit par les mesures déjà mises en place. Par conséquent, à moyen terme, les dépenses publiques devraient faire l'objet de pressions à la baisse accrues, moyennant la mise en œuvre de réformes prévues de longue date et de mesures d'amélioration de l'efficacité, ou encore la compression effective des dépenses.

À en juger par les précédentes récessions, l'économie risque de connaître une longue période de « vaches maigres », étant donné que la consolidation de la dette se poursuit pendant des années après le début du phénomène, même si l'activité économique commence à redémarrer (McKinsey Global Institute, 2010). Ainsi, le niveau élevé de la dette publique engendrée par la récession actuelle pourrait retarder l'amorce du processus de désendettement, soit une augmentation rapide de la part de la santé dans le PIB pendant les deux premières années, puis une période plus longue de réduction de la dette.

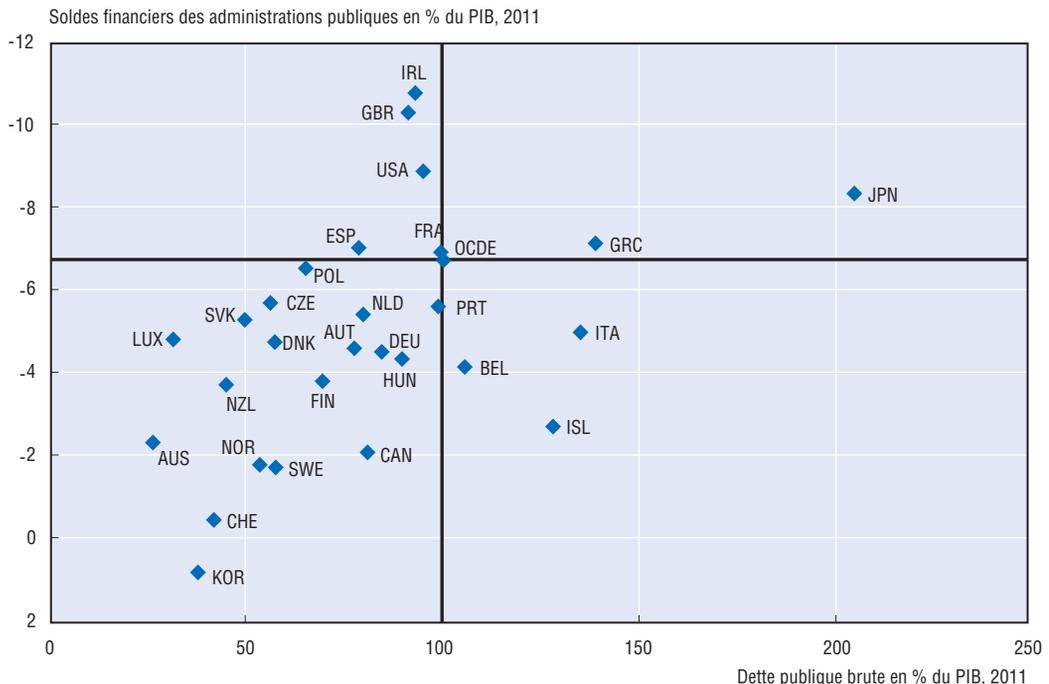
Où les pressions visant à limiter les dépenses de santé vont-elles se faire plus particulièrement sentir ?

Deux ensembles de critères peuvent aider à voir où des pressions vont sans doute plus particulièrement s'exercer en faveur d'une limitation des dépenses de santé :

- tout d'abord, dans les pays fortement endettés et/ou affichant un déficit global élevé du secteur public, qui sont plus susceptibles d'être préoccupés par les questions de dépenses publiques et de viabilité budgétaire que les pays faiblement déficitaires et endettés ;
- ensuite, dans les pays où les dépenses de santé représentent une part importante des dépenses publiques totales et/ou dans les pays où les dépenses des administrations publiques représentent une forte proportion du PIB.

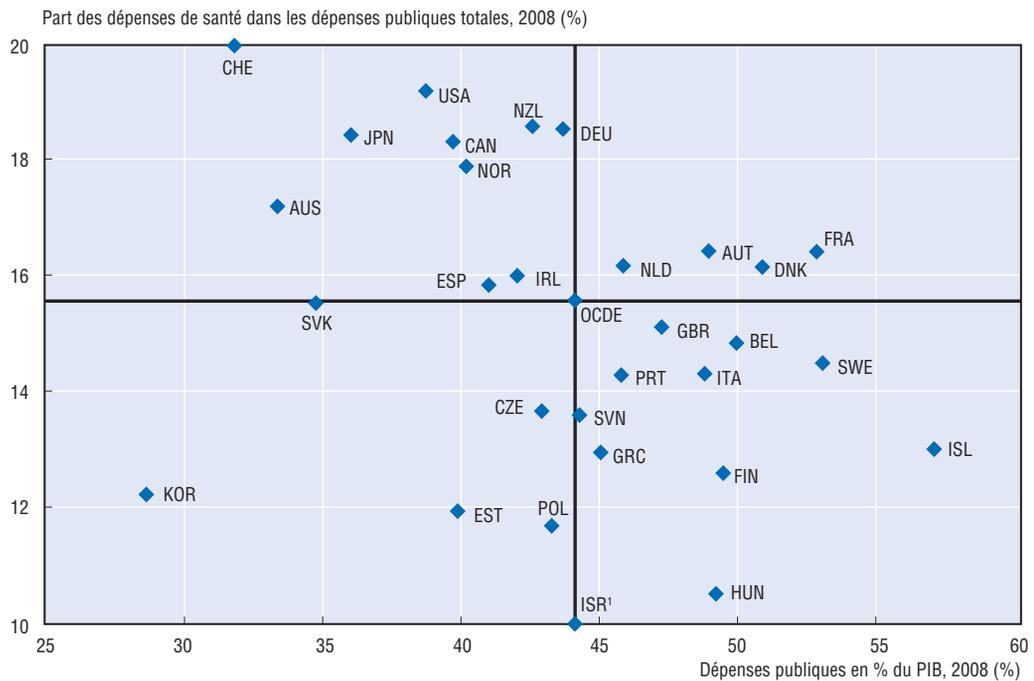
Les événements récents tendent à montrer que le premier ensemble de critères est probablement plus important dans l'immédiat car il concerne, comme on l'a vu, des problèmes de viabilité budgétaire. Les pays ayant un fort taux d'endettement et des déficits volumineux (situés dans la partie supérieure droite du graphique 1.10) auront le plus de difficultés à financer un accroissement des dépenses.

Graphique 1.9. Prédiction du rapport dette/PIB et du solde financier des administrations publiques, 2011



Source : OCDE (2010b).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/88893231448>

Graphique 1.10. Part des dépenses de santé dans les dépenses publiques totales, 2008

1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331467>

Le deuxième ensemble de critères permet d'évaluer les possibilités d'augmentation des dépenses publiques de santé en termes de viabilité économique. Compte tenu à la fois du niveau global des dépenses publiques dans l'économie et de la part allouée aux soins de santé (étant entendu qu'il est plus difficile d'accroître les recettes publiques dans les pays qui dépensent déjà beaucoup, et que la santé est d'autant plus susceptible d'être touchée par des restrictions budgétaires qu'elle absorbe une grande proportion des dépenses publiques), on peut avancer que les pays situés dans la partie supérieure droite du graphique 1.10 seront plus préoccupés par les dépenses de santé que ceux qui se trouvent dans la partie inférieure gauche. Beaucoup d'autres facteurs peuvent entrer en jeu à cet égard, à commencer par l'attitude envers la fiscalité et les dépenses publiques et la priorité donnée à la santé dans les politiques publiques.

Les pays dont la situation budgétaire est particulièrement médiocre (par rapport à la moyenne OCDE) (voir graphique 1.9) sont le Royaume-Uni, l'Irlande, les États-Unis, la Grèce, la France, le Japon et, dans une moindre mesure, le Portugal, l'Italie et l'Espagne. Les pays où les dépenses publiques de santé représentent une part importante du PIB (ratios dépenses publiques/PIB et dépenses de santé/total des dépenses publiques supérieurs à la moyenne) pourraient être mis à plus rude épreuve (Allemagne, Autriche, Danemark, France et Pays-Bas). En outre, les pays où les dépenses de santé absorbent déjà une large part du total des dépenses publiques risquent d'être confrontés à un ensemble de problèmes d'un autre ordre pour accroître encore l'offre globale de soins de santé.

7. Comment garantir la viabilité économique des systèmes de santé ?

Comme indiqué dans l'introduction, les objectifs de viabilité et d'efficacité des systèmes de santé sont étroitement liés : le fait d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des systèmes de santé est probablement l'un des seuls moyens de concilier l'augmentation de la demande de soins de santé et les restrictions des financements publics mentionnées précédemment. Des travaux récents de l'OCDE (Joumard *et al.*, 2008 et 2010) ont porté sur le degré d'inefficacité des systèmes de santé de la zone OCDE et les perspectives de gains de productivité. L'efficacité des dépenses de santé renvoie aux performances générales du secteur, autrement dit aux améliorations de l'état sanitaire de la population qui peuvent être attribuées aux dépenses de santé. Un pays est jugé plus efficace qu'un autre si l'espérance de vie de sa population est meilleure pour un niveau donné de dépenses de santé, une fois les variables de confusion prises en compte.

Ces travaux montrent que les possibilités d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé ne manquent pas dans les pays de l'OCDE. De fait, l'espérance de vie à la naissance pourrait augmenter de plus de deux ans en moyenne si les pays devenaient aussi efficaces que les plus performants. À titre de comparaison, une augmentation de 10 % des dépenses de santé permettrait d'allonger l'espérance de vie de 3 à 4 mois seulement, à degré d'inefficacité égal. Malgré les limites inhérentes aux approches macroéconomiques, les données obtenues restent cohérentes lorsque les descriptions et les méthodes d'estimation changent.

Les corrélations entre les estimations de l'efficacité du système dans son ensemble (performance générale) et les indicateurs (en termes de résultats) souvent utilisés pour mesurer l'efficacité des hôpitaux (durée moyenne de séjour et taux d'occupation des lits de soins aigus, par exemple) sont très faibles. Il semble donc que des résultats médicaux puissent être obtenus de manière très efficace dans un sous-secteur sans pour autant influencer sensiblement sur l'état de santé de la population. Autre interprétation possible, le bon fonctionnement du secteur des soins hospitaliers est contrebalancé par l'inefficacité d'autres sous-secteurs du système de santé, et/ou des problèmes de coordination se posent entre les sous-secteurs.

Par ailleurs, l'efficacité globale du système de santé dans certains pays pourrait être plus étroitement liée aux indicateurs de qualité des soins (taux d'hospitalisations évitables). Les pays affichant des niveaux élevés d'efficacité productive sont généralement ceux qui offrent des soins de bonne qualité, même si les indicateurs de qualité des soins ne concernent encore qu'un petit nombre de pays.

Enfin, on a cherché à savoir si les hauts niveaux d'efficacité mesurés correspondaient à certains dispositifs institutionnels. À cet égard, les derniers travaux en date du Secrétariat de l'OCDE (Joumard *et al.*, 2010) ont permis de déterminer des spécificités institutionnelles nationales et de regrouper les pays qui se ressemblaient par leurs dispositifs institutionnels et leurs mécanismes incitatifs liés au marché ou à la réglementation (Paris *et al.*, 2010).

Apparemment, aucun groupe ne se distingue de façon systématique par une meilleure efficacité globale. Dans un certain nombre de cas, les différences s'avèrent même plus marquées à l'intérieur des groupes qu'entre les groupes. Il semble donc qu'aucun type de système de santé ne soit mieux à même qu'un autre d'améliorer l'état de santé de la population selon un bon rapport coût-efficacité. En pratique, les pays de l'OCDE recourent à des panoplies qui associent très diversement le marché et la réglementation, et doivent appliquer une série de mesures pour corriger les défaillances du marché

auxquelles se heurtent tous les systèmes de santé. Autrement dit, le message essentiel à adresser aux pouvoirs publics est que le type de système importe peut-être moins que la manière dont il est géré.

8. Conclusions

Les systèmes de santé sont économiquement viables lorsque les avantages découlant des dépenses de santé sont supérieurs aux coûts engagés. Toutefois, la viabilité globale du système n'est pas pour autant garantie, car des restrictions budgétaires peuvent se révéler inévitables. Il ressort de ce chapitre que les dépenses de santé ont augmenté rapidement dans de nombreux pays de l'OCDE (mais pas dans tous) au cours des dernières années. Cela signifie-t-il que ces dépenses ne sont plus viables économiquement ? Bien que la question ne soit pas analysée de façon systématique ici, la réponse la plus plausible est « probablement pas ». Les systèmes de santé apportent des améliorations réelles, si on se réfère à beaucoup des principaux critères d'appréciation des dépenses de santé : accès, qualité, réactivité, etc. Tant que ces améliorations se poursuivront, il sera économiquement souhaitable de satisfaire la demande d'accroissement des dépenses. Or, à court terme, la brusque détérioration des finances publiques met en question la viabilité budgétaire dans certains pays. Le chapitre 2 passe en revue non seulement les formules permettant à l'avenir une utilisation optimale des ressources des systèmes de santé, mais aussi celles qui s'offrent aux pays où les dépenses doivent être maîtrisées à court terme pour des raisons budgétaires.

Notes

1. Plusieurs cadres différents ont été créés pour évaluer la performance des systèmes de santé : soit on examine dans quelle proportion un ensemble d'objectifs défini a été atteint (efficacité), soit on mesure le rapport entre les ressources investies dans les systèmes de santé et la réalisation d'objectifs (efficacité) (OMS, 2000 ; Roberts *et al.*, 2004). Ces cadres proposent différents ensembles d'objectifs, pour le système de santé lui-même ou pour les politiques de santé, mais ils reflètent tous peu ou prou les mêmes préoccupations.
2. Dans la pratique, les dépenses publiques et privées sont étroitement liées. Par exemple, dans les pays dotés de dispositifs de partage des coûts, si les dépenses publiques augmentent, les dépenses privées augmentent parallèlement. Pour bien comprendre l'évolution des dépenses de santé dans le temps et selon les pays, il peut être nécessaire d'envisager à la fois les composantes privée et publique des dépenses. Autrement dit, le fait de traiter les dépenses « privées » comme des dépenses foncièrement différentes des dépenses publiques dans les comparaisons internationales peut donner une image erronée de la réalité.
3. A noter que la part moyenne respective des soins ambulatoires et des soins hospitaliers dans les dépenses est restée sensiblement la même au cours des dix dernières années, malgré l'augmentation des dépenses de soins ambulatoires dans certains pays et la nécessité d'améliorer les soins ambulatoires pour traiter le nombre croissant de malades chroniques (Hofmarcher *et al.*, 2007).

4. Cela étant, cette évolution semble s'expliquer par des aspects réglementaires. Les dépenses de santé publiques, aux États-Unis, sont pour une large part liées au programme Medicare dans le cadre duquel les prix sont strictement réglementés. Les hôpitaux ont donc tout intérêt à orienter les patients vers des soins ambulatoires, où le prix des interventions n'est pas réglementé, et l'augmentation résultante de coûts pour les assurances privées semble expliquer en grande partie la croissance des dépenses observée.
5. Les relations entre la croissance des coûts afférents aux soins et la structure des dépenses peuvent être complexes. Si la réorientation des patients des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires devrait normalement permettre de réduire le coût moyen des traitements, il n'existe pas de relation claire entre l'évolution de la part des dépenses de soins hospitaliers dans les dépenses totales dans les pays sur la période 1992-2007 et la croissance réelle par habitant des dépenses de santé totales (et publiques) sur la même période.
6. Les données utilisées concernent les États-Unis (Newhouse, 1992 ; et Smith *et al.*, 2009) et la France (Dormont *et al.*, 2006). Les données utilisées pour les estimations correspondent aux périodes suivantes : 1960-90 pour Newhouse (1992) ; 1960-2007 pour Smith *et al.* (2009) et 1992-2000 pour Dormont *et al.* (2006). Au cours de ces périodes, le vieillissement de la population a été relativement faible.
7. Dans le cas des études sur les États-Unis, ce résultat tient peut-être au fait que, pendant la majeure partie de la période considérée, la génération issue du baby-boom a entraîné une baisse de l'âge moyen de la population américaine.
8. Smith *et al.* (2008) expliquent que l'élasticité brute (non corrigée) entre les dépenses réelles de santé par habitant et le PIB réel par habitant est supérieure, étant comprise entre 1.4 et 1.7. Cependant, cette « élasticité des dépenses » reflète non seulement l'effet du revenu mais aussi d'autres facteurs ayant une influence sur les dépenses de santé qui sont corrélés au PIB par habitant, tels que la technologie, l'assurance et les prix médicaux. D'après une estimation effectuée au moyen d'un modèle, l'effet purement issu du revenu engendre une élasticité des dépenses restante (partielle) de 1.0 sur la période 1960-2007. Si l'on prend en compte l'inflation des prix médicaux (censée être plus forte dans les pays riches), celle-ci réduit encore l'élasticité par rapport au revenu, qui se situe alors entre 0.6 et 0.9 selon l'hypothèse retenue en ce qui concerne l'inflation des prix médicaux.
9. Voir la section précédente sur les facteurs en jeu dans les dépenses de santé. Les deux principaux scénarios utilisés ici portent sur la « pression à la hausse sur les coûts » et la « maîtrise des coûts ».
10. Le rapport 2009 de la Commission européenne sur le vieillissement intitulé « Projections économiques et budgétaires pour les États membres de l'UE-27 (2008-2060) » a analysé les effets sur la demande du changement démographique, de l'état de santé et du revenu national pour l'établissement de ses projections sur les dépenses de santé publiques. La prise en compte des innovations technologiques sur la base des hypothèses utilisées dans les projections de l'OCDE a des effets sensibles sur le scénario purement démographique et débouche sur des projections assez voisines des résultats de l'OCDE.

Bibliographie

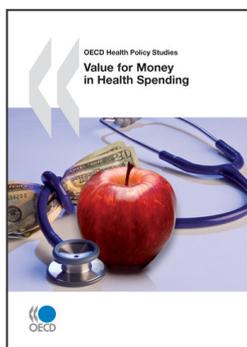
- Administration fédérale des Finances (AFF) (2008), *Les perspectives à long terme des finances publiques en Suisse*, Suisse.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2008), *Australia's Health 2008*, Australian Institute of Health and Welfare.
- Bundesministerium der Finanzen (BMF – ministère fédéral des Finances) (2008), *Second Report on the Sustainability of Public Finances*, Allemagne.
- Bureau du directeur parlementaire du budget (2010), *Rapport sur la viabilité financière*, Canada.
- Castoro, C., L. Bertinato, U. Baccaglini, C.A. Drace et M. McKee (2007), *Policy Brief – Day Surgery: Making it Happen*, synthèse réalisée par l'Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague.
- Colombo, F. et D. Morgan (2006), « Évolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE », *Revue française des affaires sociales*, avril-septembre.
- Commission européenne (CE) (2009), *2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, rapport établi conjointement par la Commission européenne (Direction générale des affaires économiques et financières – DG ECFIN) et le Groupe de travail sur le vieillissement (AWG) du Comité de politique économique (CPE).
- Congressional Budget Office (CBO) (2009), *The Long-term Budget Outlook*, États-Unis.
- Conseil supérieur des finances (2009), *Rapport annuel*, Comité d'étude sur le vieillissement (CEV), Belgique.
- Denison, E.F. (1962), *The Sources of Economic Growth in the United States and the Alternatives Before Us*, Committee for Economic Development, New York.
- Dormont, B., Grignon, M. et H. Huber (2006), « Health Expenditure Growth: Reassessing the Threat of Ageing », *Health Economics*, vol. 15, pp. 947-963.
- HM Treasury (2009), *Long-term Public Finance Report: An Analysis of Fiscal Sustainability*, Royaume-Uni.
- Hofmarcher, M.M., H. Oxley *et al.* (2007), « Improved Health System Performance Through Better Care Coordination », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 30, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Huber, M. et E. Orosz (2003), « Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001 », *Health Care Financing Review*, vol. 25, pp. 1-22.
- Joumard, I., C. André, C. Nicq et O. Chatal (2008), « Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 627, Éditions de l'OCDE, Paris.

- Joumard, I., C. André, C. Nicq et O. Chatal (2010), « Systèmes de santé : Efficience et institutions », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 769, Éditions de l'OCDE, Paris.
- McKinsey Global Institute (MGI) (2008), « Accounting for the Cost of U.S. Health Care: A New Look at Why Americans Spend More », rapport du MGI.
- McKinsey Global Institute (2010), « Debt and Deleveraging: The Global Credit Bubble and its Economic Consequences ».
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (VWS)/Ministère de la Jeunesse et de la Famille (2010), Pays-Bas.
- Ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être (MHLW) (2004), « Future Prospect of Social Security Expenditure and Contributions », Japon.
- Ministero dell'Economia e Delle Finanze (MEF – ministère de l'Économie et des Finances) (2008), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – aggiornamento 2008*, Ragioneria Generale dello Stato, Italie.
- Newhouse, J.P. (1992), « Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, pp. 3-21.
- OCDE (2006), « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What Are the Main Drivers? », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 477, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2009a), *Panorama de la santé 2009 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2009b), *Panorama des administrations publiques 2009*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2010a), *Eco-Santé OCDE 2010 : Statistiques et indicateurs*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2010b), *Perspectives économiques de l'OCDE*, n° 87, Éditions de l'OCDE, Paris, juin.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2000), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 50, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Roberts, M. *et al.* (2004), *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*, Oxford University Press, New-York.
- Sénat (2004), « Les déterminants macro-économique des dépenses de santé : comparaison entre quelques pays développés », annexe au rapport Vasselle, Rapport du Sénat sur l'assurance maladie, France.
- Seong, M.K. *et al.* (2009), « Forecasting Future Public Health Expenditures in Consideration of Population Ageing », *Korean Journal of Health Economics and Policy*, vol. 15, n° 2, pp. 1-20.

Smith, S., J. Newhouse et M. Freeland (2009), « Income, Insurance and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? », *Health Affairs*, pp. 1276-1284.

Thomson, S. *et al.* (2009), *Addressing Financial Sustainability in Health Systems*, synthèse réalisée pour la conférence ministérielle sur le thème « Viabilité des systèmes de santé en Europe », tenue à Prague sous l'égide de la présidence tchèque de l'Union européenne, OMS/Europe pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague.

Treasurer of the Commonwealth of Australia (2010), *Intergenerational Report*, Australia to 2050: Future Challenges.



Extrait de :
Value for Money in Health Spending

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264088818-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2010), « Quelle est la limite à ne pas dépasser ? : L'optimisation des dépenses de santé », dans *Value for Money in Health Spending*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264088832-4-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.