



EST-IL POSSIBLE (SOUHAITABLE) DE MAÎTRISER LES DÉPENSES DE SANTÉ ?

PHILIPPE ULMANN *

La question de la maîtrise des dépenses de santé constitue un problème récurrent pour tout décideur en charge de la politique de santé dans les pays développés depuis près d'un quart de siècle. Cette préoccupation centrale a, de nouveau, fait l'objet de nombreux débats en France au cours des derniers mois dans le cadre de la réforme initiée par le gouvernement, confronté à une dégradation des comptes de la santé, d'un niveau jamais atteint jusqu'alors. Le constat d'échec des plans et des réformes du système de santé français, qui se sont succédés depuis 25 ans, amène donc certains à se poser la question de la possibilité de contrôler l'évolution des dépenses consacrées à la santé.

Or, à la lumière des nombreuses expériences étrangères, maîtriser les dépenses de santé¹ apparaît comme tout à fait possible. Dès lors, il ne s'agit pas à notre sens de la question centrale, à laquelle sont confrontés les systèmes de santé occidentaux, mais bien du caractère légitime ou non de cet objectif, qui est aujourd'hui une composante importante de la plupart des politiques économiques. En d'autres termes : doit-on maîtriser les dépenses de santé ?

La réponse à cette question est, bien évidemment, plus délicate qu'il n'y paraît et dépend, bien sûr, de qui pose la question, quels sont ses objectifs et que signifie le concept de maîtrise des dépenses de santé, rappelant ainsi qu'il n'existe pas de réponse simple et définitive en la matière.

Bien que faisant référence à différentes théories économiques ou modèles développés dans ce domaine, cette contribution se placera volontairement sous l'angle de l'économie politique, et non de la

* Chaire d'économie et gestion des services de santé, Conservatoire national des arts et métiers.

politique, qui nous semble être le meilleur point de vue pour répondre à ces délicates questions.

La première partie permet de rappeler ce que signifie le concept de maîtrise des dépenses de santé en insistant sur les objectifs des politiques de régulation, puis sur la définition des différentes mesures de la dépense de santé.

Puis, dans un second temps, l'analyse porte sur les expériences réussies de maîtriser des dépenses de santé, pour la plupart à l'étranger, la France ayant peu de résultats significatifs à présenter en la matière.

Enfin, la dernière partie est consacrée à la notion de légitimité de la maîtrise des dépenses de santé en développant des arguments sanitaires, économiques et sociaux, et en distinguant ses trois dimensions, à savoir la croissance des dépenses, la nature de cette croissance et enfin son financement.

LE CONCEPT DE MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Le concept de maîtrise des dépenses de santé, qui consiste à encadrer à la hausse ou à la baisse la croissance des dépenses de santé, renvoie en définitive à la notion de régulation des systèmes de santé

2

Régulation des systèmes de santé et maîtrise des dépenses de santé

Toute politique de santé cherche à respecter un équilibre délicat entre trois objectifs : réalisme macroéconomique, efficacité microéconomique et équité sociale. La régulation est destinée à atteindre ces objectifs. La maîtrise des dépenses de santé, en tant qu'instrument de régulation utilisé dans les pays développés depuis un quart de siècle, n'échappe donc pas à ces impératifs.

Le réalisme macroéconomique, qui impose le respect des grands équilibres, la couverture des dépenses par les recettes à long terme, exige un système de prélèvement n'entravant ni l'emploi, ni la production. En d'autres termes, le système de santé n'impose-t-il pas des contraintes trop fortes à l'ensemble de l'économie ?

L'efficacité microéconomique, qui exige un niveau satisfaisant de soins, un système performant, que les aspirations des patients puissent s'exprimer, la productivité des structures de soins et l'élimination des gaspillages. En définitive, peut-on faire mieux avec les sommes dépensées pour la santé ?

L'équité sociale, qui doit se traduire dans l'accès aux soins, la compensation des effets d'anti-sélection et d'anti-redistribution, enfin une répartition géographique équitable des moyens. Autrement dit, les mesures adoptées n'accroissent-elles pas les inégalités ou permettent-elles de les réduire ?

Les principaux éléments permettant de répondre à ces trois grandes questions, qui sont exposés dans la troisième partie, reviennent en définitive à s'interroger sur les moyens d'atteindre un système de santé optimal en fonction de ces différents critères.

Autrement dit, une régulation efficace passe nécessairement par la mise en place simultanée de plans d'actions complémentaires que sont les politiques de maîtrise des dépenses basées sur des instruments de rationalisation macroéconomique et les mesures de maîtrise médicalisée des dépenses au niveau microéconomique.

De quelle dépense parle-t-on ?

Les dépenses de santé, comme tout terme générique faisant référence à un agrégat macroéconomique, recèlent une multitude de dimensions, voire de définitions, selon le périmètre qu'elles recouvrent.

Dépenses sociales, dépenses de santé et dépenses de soins : le débat santé-médecine

Ainsi, dans une approche maximaliste telle que celle retenue par l'OMS, il s'agit d'un état de bien-être total correspondant à l'absence de problèmes physiques, mentaux et sociaux. Dans ce cadre, les dépenses de santé devraient englober non seulement tous les coûts liés aux soins, aux produits de santé et à la santé publique mais aussi tous ceux ayant un impact sur les dimensions psychiques et sociales du capital santé (éducation, loisir, conditions de vie, protection sociale...). Retenir une approche aussi vaste de la santé apparaissant comme trop complexe du point de vue de la comptabilité nationale, seuls les moyens (infrastructures, biens et services) principalement destinés à la santé sont donc comptabilisés dans les comptes de la santé. Ce choix pragmatique, qui n'est pas en soi contestable, a pu entraîner de la part des décideurs, en particulier en France, une certaine négligence des déterminants non médicaux de la santé et de leur rôle crucial sur l'état de santé de la population, renvoyant au débat-santé médecine. Finalement les dépenses pour la santé sont devenues les dépenses (du secteur) de (la) santé et, au bout du compte, les dépenses de soins.

Les dépenses de santé, en particulier en France, représentent donc avant tout les dépenses de soins, et ne tiennent pas compte de toutes les autres catégories de dépenses qui ont une influence importante sur la santé. Dès lors, attribuer aux seuls soins les bénéfices du classement à la première place du système de santé français par l'OMS en 2000 (OMS, 2000), dans un rapport par ailleurs très contesté et contestable, est tout aussi illégitime que la France consacre depuis un demi-siècle la quasi-totalité de ses ressources publiques destinées à améliorer la santé des populations aux seuls soins.

Dépenses totales et dépenses publiques de santé

Dans une perspective macroéconomique de la santé, considérer les dépenses totales de santé telles que celles calculées par l'OCDE ou par la France n'a pas les mêmes incidences que la prise en compte des seules dépenses publiques de santé. À ce titre, le cas exceptionnel que constituent les États-Unis au sein de l'OCDE avec des dépenses totales approchant les 15 % du PIB doit être distingué, en particulier, des pays européens car outre-Atlantique, près de 60 % de ces dépenses sont d'ordre privé et, de fait, n'ont pas les mêmes répercussions sur les équilibres macroéconomiques, comme nous l'évoquerons dans la troisième partie.

La maîtrise des dépenses de santé est donc avant tout, du point de vue du planificateur, une question concernant les dépenses financées par la collectivité et ce sont donc bien les dépenses publiques de santé qui doivent faire l'objet de politique de régulation. Il convient, néanmoins, de ne pas négliger les éventuelles répercussions des dépenses privées sur les dépenses publiques.

La troisième partie reviendra sur cette dichotomie dépenses publiques/dépenses privées en évoquant le débat sur la productivité des dépenses publiques, directement lié au concept de la maîtrise des dépenses de santé, mais aussi la question des sources de financement de la santé du point de vue des équilibres macroéconomiques et de l'équité.

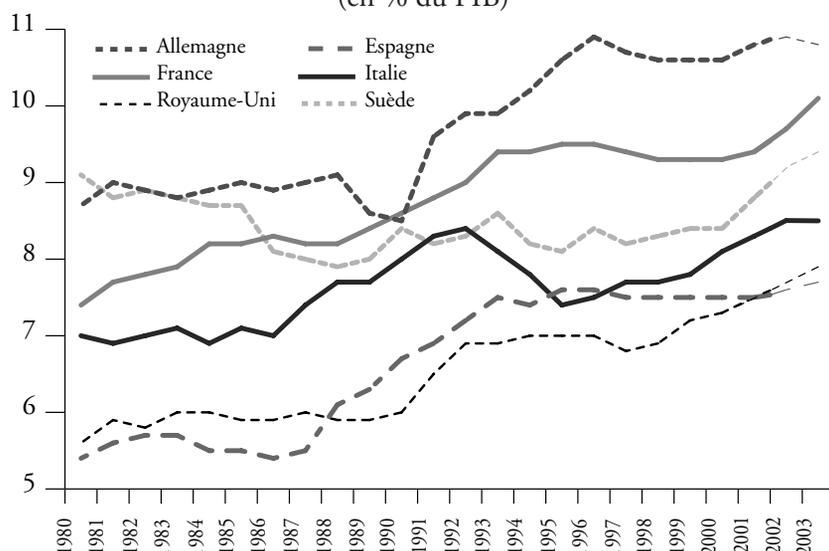
Le concept de maîtrise des dépenses de santé étant maintenant précisé, il convient de montrer que celui-ci est opérant, comme en témoignent les expériences de nombreux pays européens au cours des dernières décennies.

COMMENT MAÎTRISER LES DÉPENSES DE SANTÉ ?

Bien qu'il ne s'agisse pas de la principale question selon nous, dans le contexte français actuel il est utile de rappeler que le contrôle de la croissance des dépenses de santé est possible, comme en témoignent les expériences réussies dans ce domaine, pour la plupart à l'étranger, la France ayant peu de résultats significatifs à présenter en la matière.

Le graphique n° 1 et le tableau n° 1 ci-après permettent de montrer que seule la France, parmi les principaux pays de l'Union européenne, n'a jamais connu une baisse ou une stabilisation durable de la part des dépenses de santé dans le PIB, excepté entre 1998 et 2000².

Graphique n° 1
Évolution de la dépense nationale de santé
 (en % du PIB)



Note : les courbes en pointillés correspondent à des prévisions (organismes nationaux).
 Source : Éco-santé OCDE-IRDES 2004.

5

Il est intéressant de noter, d'après ces données, que le fait d'être un pays « sous-dépensier » par rapport à la moyenne de la zone ne s'explique pas nécessairement par une meilleure maîtrise des dépenses sur le long terme, certains pays connaissant, ou ayant connu, une hausse sensible sur la période, par effet de rattrapage économique (Espagne, Portugal, Grèce suite à leur entrée dans l'UE) ou par volonté politique de promouvoir le secteur de la santé (Royaume-Uni depuis 6 ans avec, il est vrai, un écart important à combler...). À l'inverse, les pays qui, historiquement, dépensaient beaucoup pour la santé n'impliquent pas automatiquement qu'ils subissent une progression continue et incontrôlable de la dépense. Ainsi, les pays du Nord, l'Allemagne avant la réunification et les Pays-Bas avant l'ouverture à la concurrence du marché de l'assurance santé « au premier euro », sont parvenus à un moment ou à un autre à limiter, voire réduire le rythme de croissance de la dépense.

En définitive, même si sur le long terme la part des dépenses de santé dans la richesse nationale s'inscrit indéniablement dans une tendance générale de hausse, confirmant d'une certaine manière la prévision de Baumol explicitée plus loin, il n'en demeure pas moins, qu'il est possible à court/moyen terme d'infléchir cette tendance de façon plus ou moins durable.

Afin de bien appréhender les raisons qui ont conduit de nombreux

Tableau n° 1
Dépense nationale de santé
 (en % du PIB en 1980 et 2002)

	Dépense nationale de santé en % du PIB		Évolution brute de la dépense nationale de santé (en % du PIB)			
	1980	2002	1980-1990	1990-2000	2000-2002	1980-2002
Allemagne	8,7	10,9	-0,2	2,1	0,3	2,2
France	7,4	9,7	1,2	0,7	0,4	2,3
Grèce	6,6	9,5	0,8	2,3	-0,2	2,9
Portugal	5,6	9,3	0,6	3,0	0,1	3,7
Suède	9,1	9,2	-0,7	0,0	0,8	0,1
Belgique	6,4	9,1	1,0	1,4	0,3	2,7
Pays-Bas	7,5	9,1	0,5	0,2	0,9	1,6
Danemark	9,1	8,8	-0,6	-0,1	0,4	-0,3
Italie	7,0	8,5	1,0	0,1	0,4	1,5
Autriche	7,6	7,7	-0,5	0,6	0,0	0,1
Royaume-Uni	5,6	7,7	0,4	1,3	0,4	2,1
Espagne	5,4	7,6	1,3	0,8	0,1	2,2
Finlande	6,4	7,3	1,4	-1,1	0,6	0,9
Irlande	8,4	7,3	-2,3	0,3	0,9	-1,1
Luxembourg	5,9	6,2	0,2	-0,6	0,7	0,3
Moyenne 15	7,1	8,5	0,3	0,7	0,4	1,4

Lecture : la part des dépenses nationales de santé dans le PIB est passée en France de 7,4 % à 9,7 % entre 1980 et 2002 (10,1 % en 2003), soit une hausse de 2,3 points sur la période. Les zones grisées pour les évolutions décennales indiquent une stabilisation (clair) ou une diminution (foncé) de la part des dépenses de santé dans le PIB, comme ce fut le cas en Allemagne entre 1980 et 1990 (- 0,2).

Source : Éco-santé OCDE-IRDES 2004.

pays à mettre en place des politiques de maîtrise des dépenses de santé et à réussir dans cette entreprise de façon plus ou moins probante, le recours à un cadre d'analyse global et simple permet d'y parvenir de façon rapide et pédagogique.

Reprenant une présentation développée par Evans (Evans, 1997 ; voir aussi Majnoni d'Intignano et Ulmann, 2001), il est possible d'obtenir un modèle structurel simple aboutissant à une identité comptable représentant l'équilibre macroéconomique du secteur de la santé : Offre = Demande = Financement³, qui correspond en fait à une application sectorielle de l'identité comptable de l'équilibre macroéconomique (du revenu national).

Dès lors, il apparaît clairement que toute modification sur l'un des termes de l'équation a des répercussions sur les deux autres et, qu'en définitive, toute politique de régulation des systèmes de santé doit les prendre en compte simultanément afin d'être réellement efficace, ce qui n'est que rarement le cas pour la France.

Certains pays s'étant assurés de la stabilité d'un des termes de l'équation, ils ont pu mettre en place des politiques de régulation en agissant uniquement sur les deux autres. Ainsi, les pays à systèmes nationaux étant maîtres de leurs budgets et de leur financement, ils ont ainsi pu concentrer leurs actions sur l'offre et la demande (Royaume-Uni et pays scandinaves). D'autres ont mené des réformes agissant simultanément sur tous les termes de l'équation comme les Pays-Bas dans les années 1990, l'Espagne depuis une décennie ou encore l'Allemagne en 1993 et en 2003.

Les principales conclusions des recherches récentes⁴ sur la maîtrise des dépenses de santé indiquent ainsi que les systèmes nationaux (d'inspiration « Beveridgienne »), c'est-à-dire gérés, organisés et régulés par l'État ou ses administrations locales, sont plus efficaces dans l'encadrement de l'évolution des dépenses de santé (Royaume-Uni, pays scandinaves, Espagne).

De plus, les politiques de régulation reposant sur des accords prix-volume, accompagnés d'incitations (sanctions/gratifications), et les modes de tarifications prospectifs (tarification à l'activité, capitation, forfait, mode de rémunération mixte des professionnels...) sont les plus efficaces pour limiter l'accroissement des dépenses (Allemagne, Autriche, Danemark, Royaume-Uni...).

À la lumière de ces expériences réussies de maîtrise des dépenses de santé, sans effets négatifs constatés sur la santé des populations, doit-on le rappeler, on comprend aisément les revers à répétition rencontrés par les tentatives de régulation en France. On peut citer parmi les nombreuses causes de ce constat d'échec, trois facteurs⁵ :

- aucune réforme ou « plan » n'a été menée en tenant compte simultanément des trois membres de l'équation évoquée précédemment, à l'exception peut-être de la version initiale de la réforme Juppé, rapidement alléguée sous la pression des syndicats et des représentants des professionnels de santé ;
- aucun réel contrôle des patients et des médecins n'a jamais été exercé (les rares tentatives avec les plans Juppé ou Aubry ont été invalidées par les plus hautes instances juridiques !). Dès lors, le pays ne s'étant jamais doté des moyens d'encadrer réellement l'évolution des dépenses (aussi bien l'État que l'assurance maladie avant lui), la fuite en avant du budget santé est donc inexorable dans ces conditions ;
- enfin, le manque de culture (ou de volonté ?) économique des décideurs s'est traduit pendant 30 ans par une succession de plans reposant presque exclusivement sur la régulation par les prix (médicaments, honoraires, ticket-modérateur...), absurde économiquement. La théorie et les faits démontrant depuis longtemps que seule la régulation prix-volume est efficace et par ailleurs généralement

mieux admise (si elle est bien expliquée) par les professionnels et les citoyens, comme en témoignent, par exemple, le mode de régulation des honoraires des médecins libéraux en Allemagne (lettres-clé flottantes en fonction du respect ou non de l'enveloppe globale de dépenses fixée *a priori*) ou le système anglais de régulation du marché du médicament reposant sur des accords prix-volume et des primes à l'innovation. De leur côté, si les pouvoirs publics français, en limitant la régulation aux seuls prix, ont effectivement réussi à contenir l'inflation des prix dans ce secteur (la hausse de l'indice des prix des biens et services de santé étant inférieure à celle de l'indice général des prix entre 1970 et 2000), aucune action d'envergure n'étant prise sur la maîtrise des volumes, les offreurs ont donc compensé plus que largement en se rattrapant sur les quantités. Une telle politique a non seulement montré ses limites par son incapacité à limiter la croissance des dépenses, mais elle a surtout engendré de nombreux problèmes : malaise profond parmi les professions de santé avec le gel des honoraires et l'augmentation du temps de travail, stratégie des industriels centrée sur la vente plutôt que sur l'innovation, insuffisamment rémunérée en France (jusqu'au milieu des années 1990), entraînant un recul dramatique de la recherche française dans ce domaine, le tout aboutissant à une surconsommation record de médicaments chez les français avec les problèmes économiques et sanitaires que l'on sait.

Ainsi, à partir des années 1990, la principale préoccupation française fut l'équilibre financier macroéconomique, ressenti comme une volonté de « maîtrise comptable ». Peu d'attention étant portée en fait, et malgré le discours dominant, aux régulations microéconomiques, aux coûts d'opportunité des dépenses de soins en termes d'éducation ou de prévention, enfin à l'évolution des inégalités, c'est-à-dire à la « maîtrise médicalisée », terme trop souvent galvaudé et utilisé comme formule incantatoire par les professionnels de santé, généralement réfractaires à toute politique de maîtrise des dépenses de santé.

La question qui s'impose est donc bien celle de la légitimité de la maîtrise des dépenses de santé.

DOIT-ON MAÎTRISER LES DÉPENSES DE SANTÉ ?

Dans le débat récurrent sur la maîtrise des dépenses de santé, la question centrale ne porte donc pas, selon nous, sur la faisabilité et sur les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir (ils sont connus !), mais bien sur la légitimité des politiques de régulation fondées sur le contrôle de l'évolution des coûts liés aux biens et services de santé, tant d'un point de vue sanitaire, qu'économique, social, voire politique. En effet, pourquoi faudrait-il limiter une consommation

de services portée par le progrès technique et faisant l'objet d'une demande croissante ?

Cette section apporte donc un certain nombre d'arguments démontrant qu'en définitive il ne s'agit pas d'un problème de contrôle des dépenses mais bien celui de la recherche d'une meilleure efficacité, face aux contraintes de financement public, tout en replaçant ces éléments dans le contexte du débat public/privé de la productivité des dépenses.

Cette question est donc analysée en distinguant les trois dimensions qui s'y rapportent, à savoir la croissance des dépenses, la nature de cette croissance et enfin son financement.

*La croissance des dépenses de santé :
le débat des dépenses productives et improductives*

Pendant de nombreuses années, l'analyse néoclassique prévalant en science économique, les dépenses publiques étaient considérées comme non productives, bien que nécessaires pour assurer les fonctions régaliennes fondamentales des États (police, justice, armée), seules à même de garantir le droit de propriété, condition essentielle du développement économique dans le cadre théorique standard de l'école classique.

Puis les analyses issues des nouvelles théories de la croissance et celles du capital humain, ont progressivement été adoptées par de nombreux économistes, favorisant en cela une certaine réhabilitation des dépenses publiques.

Ainsi, certains modèles de croissance endogène reposent sur l'idée que l'investissement (en particulier en capital humain) a des effets externes positifs sur les possibilités de production, ce que les firmes ne prennent pas en considération. C'est donc aux instances décisionnaires de l'État de prendre les mesures requises pour permettre une meilleure affectation intertemporelle des ressources, en fait pour favoriser la réalisation d'un montant d'investissement plus élevé, en particulier dans les domaines publics tels que l'éducation et la santé.

De plus, la majorité des dépenses génératrices de croissance, du point de vue de l'approche endogène, sont celles issues du secteur public sous la forme d'investissement en infrastructures, en Recherche & Développement ou en formation des personnels, même si le poids du secteur privé n'est pas non plus négligeable. Ainsi, si les dépenses de santé jouent un rôle positif sur la croissance, celles provenant du secteur public y contribuent très nettement (voir Ulmann, 1999).

La conclusion essentielle de ces modèles est que les investissements et les services publics apportent une contribution primordiale à la croissance, et lorsqu'ils sont insuffisants, cela peut nuire à la rentabilité de l'investissement privé (Ashauer, 1989 ; Ford et Poret, 1991 ; Barro, 1990 ; Lindert, 1996). Au-delà de l'aspect productif direct

de ces dépenses sous forme d'investissement (infrastructures, matériels...) ou d'effets d'entraînement sur le reste de l'économie (Auray et Duru, 1995 ; Ulmann, 1999), ce sont surtout les retours sur investissements à moyen et long terme, en termes de capital humain, qui justifient cette hypothèse.

Par ailleurs, les dépenses privées de santé, pouvant d'une certaine manière s'assimiler économiquement à une consommation comme une autre dont les effets macroéconomiques peuvent être d'autant plus favorables à la croissance, qu'elles créent des emplois, ne mobilisent que peu d'importations et sont relativement neutres sur l'inflation, tout en ne pesant peu ou pas sur les comptes publics.

Cependant ces raisonnements, qui furent parfois défendus par certains professionnels de la santé, en particulier dans le milieu industriel, ne permettent aucunement de justifier toute hausse incontrôlée des dépenses de santé, tant publiques que privées, comme nous le démontrons plus loin.

Dès lors, le débat ne semble plus devoir porter sur l'opposition dépenses publiques/dépenses privées du point de vue de la productivité, mais plutôt entre dépenses publiques productives et improductives. C'est donc bien le concept d'allocation optimale des ressources dans le cadre des dépenses publiques qui s'impose, et en particulier celui de la productivité de la dépense sur le capital humain.

*L'allocation optimale des ressources :
la productivité des dépenses sur la santé*

Compte tenu de l'évolution de l'état de santé, de l'innovation et de la démographie, la croissance des dépenses de santé semble inexorable, et même souhaitable si cela correspond aux aspirations de nos sociétés - ce que confirment la plupart des enquêtes d'opinions en France et en Europe - dès lors qu'il s'agit d'un choix éclairé et pris en connaissance de cause.

De ce point de vue, l'un des concepts de base de l'économie, à savoir le coût d'opportunité, devrait être plus largement exposé aux citoyens et à leurs représentants pour une meilleure compréhension des décisions en termes de politique de santé et de réforme proposée.

Tout d'abord, une hausse de la part des dépenses de santé dans la richesse nationale représentant, *ceteris paribus*, une renonciation à l'augmentation pour d'autres secteurs (sociaux, éducatifs, économiques...), il faudrait avant tout identifier les effets sur l'état de santé pour savoir si la productivité marginale des dépenses de santé sur l'état de santé est bien supérieure à celle des dépenses sociales ou d'éducation, voire d'investissement, sur ce même état de santé.

Cette remarque n'est pas anodine pour deux raisons. La première fait

appel au débat santé-médecine et à la nécessaire distinction entre santé et soins. En effet, depuis plusieurs décennies et à la suite des travaux de McKeown (1972), les chercheurs en santé publique et en sciences sociales s'accordent à dire que, sur le long terme, l'amélioration de l'état de santé, mesurée par l'augmentation de l'espérance de vie, dépend principalement de facteurs socio-environnementaux (conditions de vie, hygiène, nutrition, protection sociale, environnement...) et, qu'en définitive, la médecine n'interviendrait que de façon marginale (15 à 20 %). Or, malgré ce consensus majoritairement partagé par la communauté scientifique, la plupart des décideurs, des professions de santé et des citoyens continuent de confondre médecine, soins et santé. De fait, on assimile généralement le système de soins et les dépenses qu'il engendre au système et aux dépenses de santé, ce qui est d'autant plus inexact dans un système tel que le nôtre, essentiellement tourné vers le curatif et n'intégrant pas l'ensemble des déterminants de l'état de santé dans la politique de santé⁶.

La seconde raison est que toute dépense de santé n'est pas productive sur la santé : augmenter les dépenses de santé ne se traduit pas nécessairement par une amélioration de l'état de santé. En effet, de nombreux auteurs (World Bank, 1993 ; Sachs et Warner, 1997) ont montré qu'au-delà d'un certain seuil, l'influence de la richesse d'une nation, partant des dépenses de santé, sur l'état de santé présentaient des rendements décroissants, voire nuls à certains niveaux (Cutler, 1995 ; Tullock, 1995).

Dès lors, il serait intéressant de faire un parallèle avec les nombreux résultats obtenus au cours des 10 dernières années par les travaux sur les relations entre croissance économique et santé, et en particulier avec les recherches ayant appliqué le concept de « maladie de Baumol » aux effets des dépenses de santé sur la croissance (par exemple van Zon et Muysken, 2001 ; ou Ulmann, 2002).

Baumol (1967) a, en effet, montré que, dues aux différences de productivité entre le secteur des services (« activités à faible productivité » selon la terminologie de Baumol) et le secteur de l'industrie (« activités à forte productivité »), la part de la valeur du premier secteur augmentera nécessairement, c'est-à-dire qu'une part croissante du revenu national sera consacrée à ces secteurs de faible productivité, aussi longtemps qu'il y aura une demande pour ces activités.

Ce phénomène, bien connu des économistes sous le nom de « maladie de Baumol » trouve dans le secteur de la santé une des applications les plus couramment utilisées, par Baumol lui-même (Baumol, 1993) pour illustrer cette théorie, bien que controversée (voir Newhouse, 1992 ; ou L'Horty, Quinet et Rupperecht, 1997). Ainsi, l'auteur estimait-il en 1993, qu'à l'horizon 2040, si la tendance observée

dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle se prolongeait, la part des dépenses de santé dans le PIB atteindrait 35 % aux États-Unis et 29 % pour l'éducation, soit près des deux-tiers de la richesse nationale ! Bien évidemment, les hypothèses retenues étant particulièrement fortes, les ordres de grandeurs semblent démesurés mais permettent néanmoins de s'interroger sur l'évolution des dépenses de santé dans les 40 prochaines années, alors qu'elles approchent, d'ores et déjà, les 15 % aux États-Unis, soit 3 fois plus qu'il y a 40 ans justement... L'étude des chiffres pour l'Europe incite aussi à un peu plus de modération, même si on observe des coefficients multiplicateurs de l'ordre de 1,7 à 2,5 (la part des dépenses de santé dans le PIB est passée de 3,8 % en 1960 à environ 9,8 % en 2000 en France).

Ainsi pour Baumol, la demande de services de santé est admise comme étant infinie dès lors que les personnes subissent des variations (exogène la plupart du temps⁷) de leur état de santé et que la demande est relativement inélastique aux prix (comme dans les pays européens où le financement est très largement socialisé). Par ailleurs, le caractère faiblement productif du secteur de la santé, celui-ci reposant essentiellement sur le travail, est donc renforcé par le fait que la production de soins est soumise à des rendements décroissants (voir, entre autres, Koç, 2004). Ainsi, les dépenses de santé devraient croître indéfiniment et sa part dans la richesse nationale pourrait, à terme, être la plus importante. Du moins tant que la demande sera inélastique aux prix et que les variations d'état de santé demeureront principalement exogènes, malgré la part très importante des décès dus aux comportements à risques ou aux causes iatrogènes. L'hypothèse pourrait cependant être remise en cause, par exemple, avec les innovations liées à la génétique et ses applications, qui pourraient, en quelque sorte, endogénéiser le risque d'occurrence de la maladie, de la demande de traitement et de son coût associé et au final de l'incertitude qui constitue le premier facteur de demande d'assurance et, dans une certaine mesure, de consommation de soins.

Par ailleurs, de nombreux travaux ont permis d'établir (voir par exemple Tullock, 1995) que le secteur de la santé se caractérisait par un rythme d'innovation très soutenu et particulièrement inflationniste. En effet, le progrès technique permet dans ce domaine non seulement de soigner plus efficacement les maladies déjà traitées, mais aussi d'en diagnostiquer et d'en soigner de nouvelles (phénomène croissant avec le vieillissement de la population), bien que sur la période récente les effets sur la santé aient été limités. De plus, compte tenu d'un certain nombre de caractéristiques institutionnelles, sociologiques et économiques, le concept de création/destruction décrit par Schumpeter (1942) ne s'applique pas, ou très lentement, pour l'innovation en santé, de même

que le processus de diffusion et son efficacité y sont tout fait particuliers (voir Kervasdoué, 1973). Pour toutes ces raisons, la hausse des dépenses de santé apparaît comme inexorable.

Ces différents points ont donc fait l'objet de nombreux travaux et apportent un éclairage utile, parfois controversé, au débat sur la maîtrise des dépenses de santé, mais essentiellement dans une perspective d'équilibre macroéconomique.

À ce stade, il nous semble intéressant de proposer une nouvelle piste de recherche qui consisterait à reprendre la démonstration et les conclusions de Baumol, non pas du point de vue des relations entre croissance économique et dépenses de santé, mais entre dépenses de santé et état de santé.

En effet, plusieurs travaux ont montré que depuis les années 1980, il n'y avait pas eu dans les pays développés d'innovations majeures en santé, c'est-à-dire ayant un impact significatif sur la santé de l'ensemble des populations, malgré la hausse continue de l'espérance de vie, due essentiellement aux facteurs socio-économiques et environnementaux. Alors que dans le même temps les dépenses de santé n'ont cessé de croître fortement au sein de l'OCDE. Cutler (1995) avance que « les gains (en termes de santé) engendrés par de telles dépenses (supplémentaires) sont très faibles, voire inexistantes ».

On pourrait donc avancer l'idée que le phénomène décrit par Baumol pourrait expliquer que les rendements des dépenses de santé sur l'état de santé seraient décroissants, voire quasi nuls, sur cette période, dès l'instant où l'accroissement de ces dépenses reposerait essentiellement sur la hausse des dépenses de personnels (de l'ordre de 60 à 70 % du total des dépenses de santé selon les pays) et le développement de produits coûteux ayant des effets limités sur la santé de l'ensemble de la population. À l'inverse, les découvertes de vaccins ou de molécules pouvant bénéficier significativement au plus grand nombre (comme la pénicilline hier et le traitement du Sida ou du paludisme aujourd'hui), générant, en outre, d'importantes externalités positives, déboucheraient sur des rendements croissants reposant donc sur des produits et non des services. Ainsi, l'absence de telles découvertes depuis plus d'un quart de siècle, combinée à l'importante hausse des effectifs, pourrait constituer une explication de la faible productivité des dépenses de santé sur la santé des populations dans les pays développés. Toutefois, les perspectives d'applications de la génétique et des thérapies associées pourraient inverser la tendance à long terme.

Un autre résultat bien connu des économistes de la santé depuis plusieurs décennies et qui fait aussi appel à la notion de coût d'opportunité est celui de l'arbitrage entre santé et éducation. En effet, on sait que la productivité de la santé est croissante avec l'éducation, surtout quand

la demande est inélastique au prix comme c'est le cas en France et dans les pays où le financement est largement socialisé (Koç, 2004). D'où l'intérêt d'envisager la santé de façon globale, ce qui pourrait conduire à favoriser l'augmentation des dépenses d'éducation au détriment des dépenses de santé dès lors que les premières auraient plus d'effets positifs sur la santé des populations que la seconde.

Ces différentes assertions, constituent des arguments en faveur d'une maîtrise des dépenses de santé, et ce, même dans le cadre d'une politique de santé, dont l'objectif doit demeurer, à juste titre, l'amélioration de l'état de santé d'une population.

Le financement de la croissance des dépenses de santé

Dernier volet de la question de la maîtrise des dépenses de santé : le financement. En effet, si les dépenses de santé doivent continuer à croître inexorablement, qu'en est-il lorsque cette hausse est supérieure à l'accroissement de la richesse nationale ?

La première partie a rappelé que dans toute politique de régulation du système de santé, l'un des trois principaux objectifs portait sur l'équilibre macroéconomique. En effet, *ceteris paribus*, une augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB, se traduit nécessairement dans les systèmes européens, soit par une hausse de la dépense publique, *ipso facto* des prélèvements obligatoires, pouvant engendrer une perte de potentiel de croissance⁸, soit par une augmentation de la dépense privée, entraînant un risque pour l'équité (autre objectif de la régulation), soit bien souvent les deux.

En effet, la question du financement qui est très sensible pose différents problèmes en termes de coûts d'opportunité, d'allocation des ressources et d'équité. En raisonnant toujours toutes choses égales par ailleurs, on montre que :

- 1 - pour financer par des fonds publics la hausse des dépenses de santé, il faut bien trouver des ressources supplémentaires. La hausse des impôts étant peu souhaitable pour les raisons que nous venons d'évoquer, il reste donc la réaffectation des recettes d'un budget vers un autre. Transférer une partie du budget de l'agriculture, de l'armement ou des dépenses de fonctionnement des ministères⁹ vers le budget de la santé : du jamais vu en France ! Quant à transférer une partie des ressources du plus important budget de l'État, à savoir celui de l'éducation, vers celui de la santé, il est non seulement très improbable politiquement, mais certainement peu cohérent du point de vue sanitaire comme nous l'avons évoqué précédemment ;
- 2 - le basculement progressif du financement public vers le financement privé des dépenses de santé pose le problème de l'équité. En effet, selon que l'on soit riche ou fonctionnaire ou travaillant dans une entreprise



proposant des contrats d'assurance santé collectifs, cette privatisation du financement n'a pas les mêmes répercussions que pour les petits artisans et commerçants, les couches populaires de la société, et plus encore les exclus. Ils sont, en effet, les moins bien couverts par les assurances complémentaires, non seulement en termes de taux de couverture mais aussi de niveau de prestations. En outre, les dépenses prises en charge par les assureurs complémentaires peuvent parfois être assimilées à une forme de financement socialisé proche d'un financement public, dès lors que l'organisme est à but non lucratif et que le contrat est proposé (voire imposé) dans le cadre d'une assurance de groupe, et plus encore lorsqu'il s'agit de mutuelle de la Fonction publique qui bénéficie d'une délégation de gestion monopolistique. Dans ce cadre, il s'agit d'une charge assimilable à un prélèvement obligatoire pour le salarié ou le fonctionnaire et l'employeur ou l'organisme public, mais ne grevant pas les comptes de la Sécurité sociale et le budget de l'État (sauf pour les fonctionnaires des administrations).

Ainsi, l'alternative que représente le basculement du public vers le privé du financement des dépenses de santé ne constitue pas nécessairement un moyen efficace d'assurer le potentiel de croissance économique, ni de maîtriser la dépense publique (on vient de parler en termes d'équité et non d'efficacité). D'autant qu'il ne faut pas négliger les éventuelles répercussions des dépenses privées sur les dépenses publiques, surtout en l'absence de dispositifs de type « ticket-modérateur d'ordre public »¹⁰... et de régulation concertée entre assureurs publics et privés.

En définitive, c'est donc bien le principe de l'efficience (rapport *sanitaire/économique et social*) qui doit prévaloir dans toute décision de politique de santé et qui est le seul à pouvoir justifier la maîtrise des dépenses de santé.

Or, nos systèmes de santé européens reposant sur une prise en charge financière essentiellement publique du risque maladie, la progression des dépenses de santé par rapport à la richesse nationale doit être maîtrisée compte tenu de ses effets pervers tant sur l'économie que sur la santé des populations. En effet, dès lors que cette hausse incontrôlée implique, comme la dernière réforme en apporte à nouveau la preuve, une hausse des prélèvements obligatoires, déjà trop élevés en France d'après les résultats des modèles de croissance, ceci a pour effet de freiner la croissance économique (dans le meilleur des cas, le potentiel de croissance), ce qui provoque la baisse des richesses. Il en résulte une hausse du chômage et de l'exclusion qui se traduit, pour les populations concernées, par une détérioration de l'état de santé qui n'est pas compensée par une éventuelle amélioration issue de la hausse des dépenses, du fait de leur faible productivité sur

la santé (voire nulle pour certains) comme c'est le cas dans les pays développés depuis plusieurs années. Au final, non seulement une hausse des dépenses de santé non maîtrisée peut provoquer un frein à la croissance, mais pourrait même, dans certains cas et pour certaines populations, détériorer l'état de santé de la population, ce qui va à l'encontre de l'objectif principal (du moins peut-on l'espérer) des politiques de santé.

Une telle démonstration, reposant sur des hypothèses souvent validées par les études empiriques récentes, peu apparaître contestable pour certains mais constitue un volet supplémentaire à la question de la légitimité des politiques de maîtrise des dépenses de santé, et en définitive un argument supplémentaire pour la recherche de l'efficacité productive des dépenses de santé.

Cet article avait pour objectif d'exposer les principaux éléments de réponse à la question : doit-on (peut-on) maîtriser les dépenses de santé ? Sur la possibilité de limiter cette progression par rapport à la richesse nationale, la réponse serait négative à long terme, mais positive à plus court terme au regard des expériences étrangères dans ce domaine. Par contre, concernant la légitimité de la maîtrise des dépenses, aucune réponse définitive ne peut être apportée.

Les arguments en faveur de la maîtrise des dépenses de santé peuvent ainsi se résumer aux points suivants :

- il faut maîtriser les dépenses si celles-ci ne font pas la preuve de leur efficacité. Les laisser filer sous le seul prétexte que cela crée de l'emploi est insuffisant, la politique de santé ayant comme principal objectif l'état de santé de la population. Réorienter les dépenses vers la prévention, l'éducation, le social serait alors bien plus efficace pour la santé ;
- il faut les maîtriser si aucune politique d'affectation des ressources n'est fondée sur un choix explicite du planificateur reposant sur des priorités correspondant aux aspirations des citoyens. Quelle est la légitimité de la politique de santé française qui, depuis plusieurs décennies, favorise implicitement la lutte contre le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les plus de 65 ans et délaisse les jeunes hommes, les femmes en couche... ? Les citoyens doivent pouvoir s'exprimer sur ces choix de société, et réclamer de la représentation nationale qu'elle les applique ;
- enfin, il faut maîtriser les dépenses si aucun instrument de régulation visant à s'assurer de l'équilibre financier à court, moyen et long terme des comptes de la santé et de la Sécurité sociale n'existe, sous peine de détruire les fondations de notre système de protection sociale et de déstabiliser les fragiles équilibres macroéconomiques de notre pays.

À l'inverse, il est possible de justifier la progression du poste santé dans la richesse nationale :

- la maîtrise des dépenses de santé, exprimée en part du PIB, n'est pas un objectif en soi. Dès lors qu'il s'agit d'une priorité de la majorité des citoyens et que les budgets sont affectés en conséquence, ce choix de société n'est pas contestable. Il s'agit alors d'une décision politique ;
- maîtriser les dépenses de santé ne se justifie pas d'un point de vue économique dès lors que celles qui ont fait la preuve de leur efficacité ont un impact positif sur le bien-être de la population et sur le développement économique d'un pays (effet direct en termes d'investissement et effet à plus long terme sur le capital humain).

Quoi qu'il en soit, la France répondant surtout aux assertions en faveur de la maîtrise, il y a urgence à réformer en profondeur notre système de santé, et le mode de détermination et de contrôle des dépenses de santé.

En définitive, il s'agissait ici de faire preuve de pédagogie sur cette question vis-à-vis des décideurs et des citoyens, mais aussi d'humilité de la part des économistes, car il n'existe aucune réponse définitive, les données sont parfois contestables et difficilement comparables, enfin la réponse à cette question cruciale est avant tout politique et doit correspondre aux aspirations de la société, mais celle-ci doit nécessairement reposer sur de solides arguments économiques définissant les conditions de l'allocation optimale des ressources, sous peine de ne pas répondre aux attentes légitimes de la population.

NOTES

1. Pour éviter d'alourdir le texte, on parlera de maîtrise des dépenses de santé, alors qu'il s'agit pour être exact de la maîtrise de la hausse des dépenses de santé, en particulier par rapport à la hausse du PIB. La hausse des dépenses de santé par habitant étant un *trend* croissant dans tous les pays développés depuis 50 ans et ne semblant pas devoir s'inverser à plus ou moins brève échéance, la principale question est bien celle de la maîtrise de la croissance des dépenses de santé, et plus précisément celles reposant sur un financement public.

2. En effet 1998-2000 fut une période de croissance économique exceptionnelle pour la France (battant des records au sein de l'OCDE), masquant ainsi un temps la hausse ininterrompue et soutenue des dépenses de santé.

3. La présentation dans cet ordre de l'identité ne signifie pas une préférence idéologique de l'auteur pour le modèle néo-classique et les conclusions de « l'école de l'offre », (Evans l'ayant pour sa part présenté sous la forme $D=F=O$) mais plutôt à une volonté assumée de l'auteur :

- de représenter la logique du système français où le financement global demeure finalement rétrospectif, malgré le budget global à l'hôpital et l'ONDAM, deux réformes souhaitables en leur temps mais mal appliquées et ayant finalement abouti à une pérennisation des travers du passé ;



- de même que faire figurer l'offre avant la demande peut s'interpréter comme une représentation, et donc une acceptation, bien que contestée par certains, de la théorie de la demande induite par l'offre (développée elle aussi par Evans, 1974).

4. Pour des analyses plus détaillées, le lecteur pourra se reporter à de nombreux travaux sur le sujet, comme la synthèse des résultats des réformes récentes dans les pays de l'OCDE dans Docteur E., Oxley H. (2003).

5. Pour avoir un diagnostic complet, la lecture des différents rapports commandés par les pouvoirs publics depuis plus de 10 ans s'avère fort utile, tant par leur exhaustivité que par la constance du constat (entre autres, Santé 2010 (Soubie, 1993), Santé 2020 (Polton, 2000), rapport du Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM, 2004))

6. Selon les différentes définitions retenues, la prévention représentait en France en 1998 entre 1 et 7 % des dépenses courantes de santé (DREES, 2003).

7. Cette hypothèse de Baumol est partiellement remise en cause pour tous les travaux issus de l'approche du capital santé, initiée par Grossmann (1972) et dont l'une des principales conclusions est justement l'endogénéité de plusieurs facteurs sur l'évolution de l'état de santé (comportements à risque par exemple...).

8. Les résultats bien connus des théories de l'impôt ou celles de la croissance optimale montrent qu'un niveau d'imposition trop élevé se traduisait par une perte de potentiel de croissance. Or les niveaux des prélèvements obligatoires étant déjà élevés en Europe, et en particulier en France, toute hausse supplémentaire pourrait donc être nuisible pour la croissance.

9. Il ne s'agit ici que de propositions, reposant sur les avis généralement recueillis auprès de la population sur cette question, et non d'un parti pris de l'auteur.

10. Il s'agit de tickets-modérateurs qui ne seraient pas couverts par les assureurs complémentaires afin d'obtenir un réel effet sur la consommation.

BIBLIOGRAPHIE

- AURAY J.-P., DURU G. (1995), « Le secteur santé au sein de la structure productive française », *Revue d'économie financière*, n° spécial santé, n° 34, octobre, p. 70-85.
- ASHAUER D.A. (1989), « Is public expenditure productive? », *Journal of Monetary Economics*, vol. 23, n° 2, p. 177-200.
- BARRO R.J. (1990), « Government spending in a simple model of endogenous growth », *Journal of Political Economy*, vol. 98, p. S103-25.
- BAUMOL W.J. (1967) « Macro-economics of unbalanced growth: the anatomy or urban crisis », *American Economic Review*, vol.57, pp 415-26, 1967.
- BAUMOL W.J. (1993), « Health Care, Education, and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice », *Public Choice*, Vol. 77, p. 17-28.
- CUTLER D.M. (1995), « The Cost and Financing of Health Care », *American Economic Review*, Papers and Proceedings, Vol. 82, p. 32-37.
- DOCTEUR E., OXLEY H. (2003), « Health-Care Systems: Lessons from the Reform experience », *OECD Health Working Papers*, n° 9.
- DREES (2003), *Les comptes de la prévention*, Études et Résultats, n° 247, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Paris.
- EVANS R.G. (1974), « Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications », in *The economics of health and medical care*, Perlman M. (ed), Macmillan, London.
- EVANS R.G. (1997), Going for the Gold: the redistributive agenda behind Market-Based Health Care Reform, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, p. 427-465.

- FORD R., PORET P. (1991), *Infrastructure and private-sector productivity*, Document de travail INSEE, n° 91.
- HCAAM (2004), Rapport du Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie.
- KERVASDOUÉ J. (de) (1973), *Power, efficiency and adoption of innovation in formal organizations*, Thèse de doctorat, Cornell University, may.
- KOÇ C. (2004), « The productivity of health care and health production functions », *Health Economics*, Vol. 13, n° 8, p. 739-47.
- L'HORTY Y., QUINET A. et RUPPRECHT F. (1997), « Expliquer la croissance des dépenses de santé : le rôle du niveau de vie et du progrès technique », *Économie et Prévision*, Vol. 129-130, n° 3-4, p. 257-68.
- LINDERT P. (1996), « Does social spending deter economic growth? », *Challenge*, may-june, p. 17-23.
- MAJNONI D'INTIGNANO B., ULMANN P. (2001), *Économie de la Santé*, Coll. Thémis, PUF.
- McKEOWN T. (1976), *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- MISHAN E.J. (1967), *Social costs of economic growth*, 1967.
- NEWHOUSE J.P. (1992) « Medical Care Costs: How Much Welfare Los? », *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 6, n° 3, p. 3-21.
- OMS (2000), *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 - Pour un système de santé plus performant*, juin.
- POLTON D. (sous la dir.) (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020?*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DATAR, CREDES, *La documentation française*.
- SACHS J.D., WARNER A.M. (1997), « Sources of Slow Growth in African Economie », *Journal of African Economies*, Vol. 6, p. 335-376.
- SOUBIE R. (sous la dir.) (1993), *Santé 2010*, Commissariat général du Plan, 3 volumes, *La documentation française*.
- STODDART G. (1995), « The challenge of producing health in modern economies », Working Paper n° 46, *Toronto Canadian Institute for Advanced Research*.
- TULLOCK G. (1995), « The cost of medical progress », *American Economic Review*, Vol. 85, n° 2, p. 77-80.
- ULMANN (1999), *Croissance et Santé - Les nouvelles théories de la croissance appliquées aux pays développés*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Paris XII - Val de Marne, décembre, 375 p.
- ULMANN P (2002), « La prise en compte de la santé dans les modèles de croissance : bilan et perspectives » In : Dupuis J-M, et al. (ed) *Politiques sociales et croissance économique*. Tome I, L'Harmattan, Paris, pp 9-30.
- VAN ZON A.H., MUYSKEN J. (2001), « Health, education and endogenous growth », *Journal of Health Economics*.
- WORLD BANK (1993), *Investing in Health*, World Development Report, World Bank.

