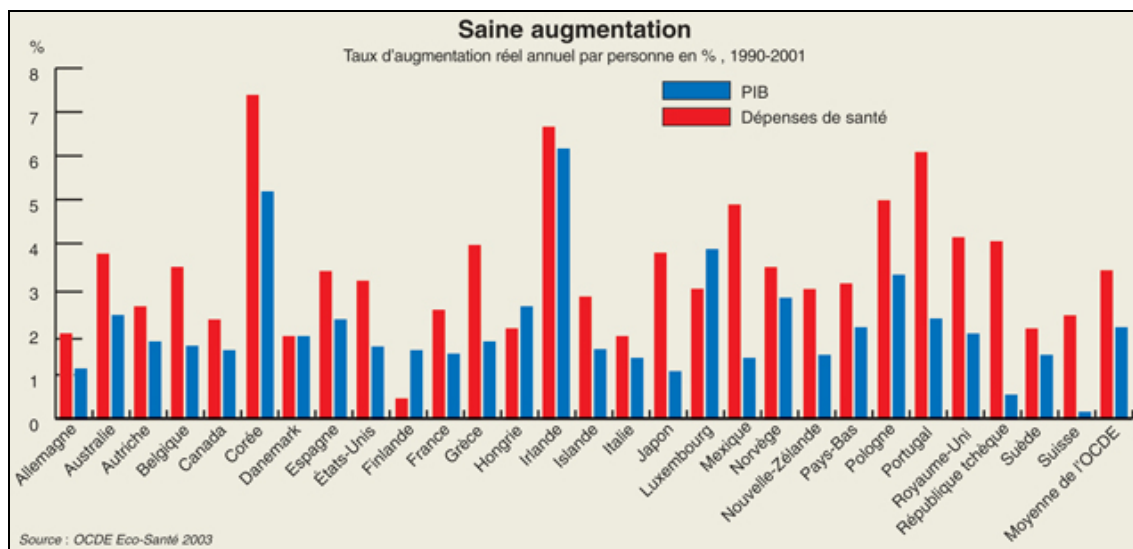


## Systèmes de santé : la rationalité économique à l'ordre du jour\*

**Elizabeth Docteur**, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, OCDE, et  
**Howard Oxley**, Département des affaires économiques, OCDE  
**L'Observateur de l'OCDE n°238, septembre 2003**

*Les sociétés des pays de l'OCDE n'ont jamais été aussi bien portantes. Le paradoxe, c'est qu'elles n'ont jamais autant dépensé pour leurs services de santé. Plus les gens sont en forme, moins ils devraient investir pour aller mieux. À moins que nous soyons en meilleure santé justement parce que nous dépensons plus. Mais a-t-on les moyens de faire face à cette hausse des coûts ? Et comment obtenir une meilleure rationalité économique en matière de santé ? Telles sont les questions qui se posent aujourd'hui aux pouvoirs publics.*

En 2001, les dépenses de santé représentaient en moyenne 8,4 % du PIB dans la zone OCDE, soit une augmentation de plus d'un point de pourcentage depuis 1990. Les États-Unis, qui ont consacré 13,9 % de leur PIB à la santé en 2001, sont ceux qui affectent aux soins et services de santé la part la plus importante de leurs ressources. Viennent ensuite la Suisse et l'Allemagne qui consacrent respectivement 10,9 % et 10,7 % de leur PIB à la santé. Pourtant, ces pays n'offrent pas nécessairement de meilleurs services de santé que les autres. La France, par exemple, qui affecte une part moins importante de son PIB à la santé, obtient des résultats au moins aussi bons, si ce n'est meilleurs.



Si les soins et services de santé sont coûteux, cela tient à plusieurs raisons. La santé met en œuvre des technologies onéreuses : en fait, plus un système est innovant, plus les coûts sont élevés. Et, compte tenu des progrès dans l'imagerie, la pharmacologie et la biotechnologie, on peut s'attendre à ce que la pression sur les dépenses s'accroisse encore.

De plus, les soins et services de santé sont un secteur à forte intensité de main-d'œuvre, ce qui signifie des coûts élevés pour un personnel hautement qualifié – médecins, infirmières, personnel de soutien et, de plus en plus, gestionnaires et administrateurs. Ces coûts de main-d'œuvre tendent à augmenter en même temps que le PIB.

Par ailleurs, bien que le phénomène n'ait joué jusqu'à présent qu'un rôle relativement limité, le vieillissement de la population devrait peser de plus en plus sur la progression des dépenses de santé à l'avenir. Ces dernières tendent à augmenter fortement à partir de 45 ans, avant de retomber aux âges les plus élevés. D'après les projections de l'OCDE, si la structure actuelle des coûts liée à l'âge se maintient, le vieillissement de la population entraînera une augmentation du total des dépenses de santé de près de 2 % du PIB en moyenne d'ici 2050.

En règle générale, les pays de l'OCDE dans lesquels le PIB par habitant est comparativement plus élevé, dépensent plus par habitant pour la santé, même si les écarts d'un pays à l'autre sont importants. Cela peut refléter en partie la volonté des pouvoirs publics de limiter les dépenses de santé ou traduire un choix des soins et services de santé par rapport à d'autres biens et services. À quelques exceptions près, les pays qui financent et assurent la prestation des services de santé dans le cadre du secteur public contrôlent plus aisément la progression des coûts. Et les pays dans lesquels les services sont financés par un payeur unique (le plus souvent public), tendent à dépenser moins que ceux dans lesquels il y a une multiplicité d'assureurs.

C'est parce qu'elle exerce de fortes pressions sur les budgets, que les pouvoirs publics surveillent de très près l'augmentation des dépenses de santé. Le secteur public assume l'essentiel des dépenses de santé dans tous les pays de l'OCDE sauf trois via un système d'assurance maladie public et un financement direct des soins et services de santé. Même aux États-Unis, où les dépenses publiques représentent un peu moins de la moitié du total des dépenses de santé, la progression des dépenses est considérée comme inquiétante. Il n'y a guère en effet qu'en Islande, au Luxembourg et en Norvège que les dépenses publiques par tête consacrées à la santé soient plus élevées.

### **Des effort intensifs**

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics intensifient leurs efforts pour éviter de laisser filer les dépenses de santé. Et les résultats sont là. Au cours des trois dernières décennies, leur taux d'accroissement annuel moyen dans les pays de l'OCDE est passé de 6,2 % au cours des années 1970 à 3,1 % au cours des années 1980 et 3,3 % au cours des années 1990, soit une réduction de moitié en trente ans. Les efforts de maîtrise des coûts ont coïncidé avec le ralentissement de la progression des dépenses.

Trois types de mesures ont été mis en oeuvre : premièrement, une régulation visant les prix, les salaires et les intrants utilisés pour produire les services de santé – nombre de lits d'hôpital et effectifs médicaux, par exemple ; deuxièmement, des mesures de plafonnement des dépenses de santé – dotation globale et limitation par services ; et, troisièmement, un report des coûts sur le secteur privé, en particulier sur le patient qui utilise les services de santé par des mécanismes de participation à la dépense.

La plupart des pays, d'une manière ou d'une autre, régulent **les prix et les volumes d'activité dans le secteur de la santé**. Les pouvoirs publics peuvent encadrer les salaires, comme c'est fréquent dans les systèmes où la plupart des travailleurs de la santé sont des salariés du secteur public – pays nordiques, Grèce, Italie et Portugal, par exemple. Dans d'autres systèmes, les prix des biens et services médicaux sont généralement fixés par voie administrative, ou sous le contrôle de l'autorité publique lorsque les prix sont convenus entre acheteurs et prestataires. La plupart des pays ont pris des initiatives pour influencer sur l'activité des systèmes de santé, depuis la limitation du nombre des admissions dans les facultés de médecine à l'encadrement de l'accès à certaines technologies – scanners, radiologie, etc.

Mais ces mesures peuvent être contournées, au moins jusqu'à un certain point. Les prestataires de santé peuvent être tentés de compenser la limitation des prix en augmentant le volume des services fournis, par exemple en accueillant un plus grand nombre de patients, en multipliant les actes ou en privilégiant les prestations les mieux rétribuées. On peut même assister à un déplacement des services vers les secteurs ou les systèmes non soumis au contrôle des prix. C'est ce qu'on a pu observer dans certains pays, comme en Irlande, où coexistent les dispositifs publics et les dispositifs privés. Et il peut y avoir une dérive de la codification des actes lorsque la tarification est différenciée en fonction, par exemple, de la gravité de la maladie ou de la durée de la visite. Autrement dit, l'efficacité des mesures de contrôle des prix suppose que l'on ait pu repérer les failles du système et que l'on parvienne à éviter les dérives. Cela peut aussi impliquer des coûts administratifs lourds.

Autre solution largement utilisée pour réduire les dépenses publiques de santé : les mesures de **plafonnement budgétaire**. Dans un premier temps, elles ont concerné le secteur hospitalier, l'élément le plus coûteux du système de santé. Elles ont ensuite été étendues à d'autres prestataires et fournisseurs. De fait, il y a souvent aujourd'hui un budget global couvrant toutes les composantes de la dépense publique de santé et des plafonnements complémentaires sur les soins ambulatoires et les produits pharmaceutiques.

Cette méthode s'est révélée particulièrement efficace dans les pays comme le Danemark, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande où l'offre de soins et services de santé est principalement la responsabilité du secteur public, et dans les pays à payeur unique comme le Canada. Mais ce type de mesure n'incite pas forcément les prestataires de services de santé à améliorer leur productivité. Ils ont plutôt tendance à dépenser jusqu'à hauteur du plafond qui leur est imparti. Et le fait de fixer les budgets en fonction des coûts rétrospectifs risque de favoriser les prestataires inefficients au détriment des autres. C'est pour cette raison que les pays de l'OCDE combinent désormais les mesures de plafonnement budgétaire avec des mesures prenant en compte la performance des hôpitaux.

Le déplacement des coûts sur le patient – on parle parfois de **partage des coûts** – s'est développé, à des degrés divers dans les pays de l'OCDE, depuis les années 1980. Il porte essentiellement sur les dépenses pharmaceutiques où le choix du patient est guidé par le prix, plutôt que sur les tarifs des hôpitaux, qui résultent davantage des prescriptions des médecins que de considérations de prix. Certains médicaments dits « de confort » ou sans valeur thérapeutique prouvée ont ainsi cessé d'être remboursés. La participation du patient aux dépenses et le remboursement partiel des traitements sont désormais la règle dans de nombreux pays. Dans un certain nombre de cas, les paiements forfaitaires par prescription sont aujourd'hui la norme. Des systèmes de prix de référence ont aussi été introduits dans certains pays. Le patient est alors encouragé à privilégier les médicaments génériques, moins coûteux. S'il opte pour des médicaments de marque plus coûteux, il sera moins bien couvert.

Quoique leur impact soit limité par la volonté de favoriser l'accès aux soins des plus pauvres et par les gros utilisateurs de services de santé, les mesures de partage des coûts ont apparemment eu un effet modeste sur la part des dépenses publiques dans la dépense totale. De fait, la progression de la part de la dépense publique dans le total des dépenses de santé a nettement ralenti au cours des années 1980 et, entre 1990 et 2000, la part moyenne du secteur public dans le total des dépenses de santé est passée de 74 % à 72 %. La diminution peut paraître faible mais elle a mis fin aux fortes augmentations liées à l'expansion des programmes d'assurance maladie publics qui ont marqué les années 1970.

## **Un système plus efficace**

En dépit de ces mesures de limitation et de contrôle, la croissance des dépenses de santé, même si elle s'est ralentie, continue néanmoins de dépasser la croissance économique globale dans de nombreux pays de l'OCDE. Pour autant, ce n'est pas nécessairement un problème pour les pouvoirs publics. Après tout, le bien-être des individus peut se trouver amélioré par un accroissement des dépenses publiques de santé, surtout si les progrès en termes de qualité des soins l'emportent sur le coût de la technologie et autres intrants. Cependant, les réalités budgétaires ont contraint les pouvoirs publics à chercher à obtenir des résultats équivalents, voire meilleurs, sur le plan de la santé mais à un moindre coût. Les efforts de maîtrise des coûts ayant porté leurs fruits, certains doutent désormais qu'un accroissement de la dépense dans le secteur de la santé soit nécessaire pour améliorer les résultats.

L'efficacité des systèmes de santé est très difficile à mesurer avec les données et les indicateurs dont on dispose aujourd'hui. Néanmoins, il apparaît qu'il existe de grandes disparités au sein de la zone OCDE dans ce qui est produit, la façon dont c'est produit et dans les conséquences en termes de santé. D'abord, le niveau des ressources humaines et du capital mobilisés dans ce secteur est très variable. En outre, il y a autant de combinaisons des dépenses entre soins ambulatoires et soins avec hospitalisation qu'il y a de pays. Le recours aux spécialistes et la consommation de produits pharmaceutiques sont eux aussi très variables. Enfin, pour une pathologie donnée, le traitement, l'intensité des soins et les pratiques diffèrent tant à l'intérieur d'un même pays que d'un pays à l'autre.

Les pouvoirs publics s'efforcent donc de faire en sorte que leur système produise les meilleurs résultats possibles compte tenu des montants dépensés. La réforme la plus efficace à ce jour est peut-être celle qui a consisté à organiser le financement par type d'activité plutôt que sur la base d'une dotation globale. Au lieu de payer les soins sur la base des coûts réels, les hôpitaux reçoivent une somme forfaitaire pour chaque admission. Ce forfait est fixé au préalable pour chaque diagnostic en fonction des coûts estimés de celui-ci. Cela se traduit par une gestion plus efficace des budgets. Cependant, c'est un système qui doit être suivi et contrôlé, ce qui peut générer des coûts de gestion et des coûts administratifs. De même, le fait de récompenser la productivité dans les divers secteurs d'activité de l'hôpital peut exercer une pression à la hausse sur les coûts, les hôpitaux cherchant à multiplier les admissions et à augmenter les volumes.

On a aussi intensifié les efforts visant à introduire une dose de marché dans le système, en instaurant, par exemple, une concurrence entre les prestataires de santé et en s'appuyant davantage sur les prix. C'est ainsi que dans de nombreux pays où le financement et la dispensation des soins sont publics, les fonctions hospitalières sont aujourd'hui plus nettement séparées. L'objectif est d'encourager une approche plus gestionnaire, faisant davantage appel à des mécanismes de marché interne et à une comptabilité par unité.

L'expérience du renforcement de la concurrence entre les assureurs, qui a été le principal axe de réforme dans les systèmes à payeurs multiples, invite à des conclusions nuancées. Dans les quelques pays où ce type de réforme a été introduit – Belgique, République tchèque, Pays-Bas et Allemagne – il semble que le renforcement de la concurrence sur le marché de l'assurance ait réduit la prime des assureurs, les encourageant à fournir un meilleur service et à réduire leurs frais administratifs. Cependant, comme le montre l'expérience des États-Unis, la segmentation du marché en fonction des risques peut créer des problèmes, surtout si les assureurs ont intérêt,

financièrement parlant, à assurer plutôt des personnes en bonne santé. Le système de financement ne joue alors pas convenablement son rôle d'ajustement.

Cela étant, l'expérience des États-Unis peut contribuer à améliorer l'efficacité en limitant les coûts sans nuire aux résultats sur le plan de la santé. Dans ce système, où les réseaux de soins sont coordonnés, les patients acceptent une certaine limitation du choix des prestataires et des services. Cependant, cet exemple n'a pas été suivi par les assureurs privés d'autres pays, les pouvoirs publics limitant souvent fortement la capacité des réseaux de passer des contrats sélectifs et de peser sur l'offre de soins. Et, suite à une montée du mécontentement à la fin des années 1990, les assureurs aux États-Unis ont commencé à élargir, plutôt qu'à restreindre, le choix des patients concernant les prestataires et les traitements.

Pour maîtriser les coûts de la santé et la recherche d'une plus grande rationalité économique, il n'existe pas de solution miracle. Il faut faire des arbitrages à plusieurs niveaux, sachant que l'amélioration de la réactivité du système de santé, l'accès équitable aux soins, la sécurité et l'efficacité des services entrent aussi en ligne de compte.

Pour améliorer l'utilité des dépenses de santé on peut aussi être amené à accroître les investissements, du moins à court terme. Les promoteurs des réformes, comme au Royaume-Uni où, pendant longtemps, on est parvenu à maîtriser les coûts, estiment qu'il pourrait devenir nécessaire d'augmenter à nouveau les financements pour améliorer l'efficacité et la productivité du système. De façon générale dans la zone de l'OCDE, on ferait un grand pas en avant en améliorant les systèmes d'information sur la santé et en se dotant de mesures plus fines de la performance des systèmes. Cela permettrait aux pays de savoir quand ils sont sur la bonne voie.

Aucun système de santé n'a pleinement atteint ses objectifs de performance. Tous sont confrontés à des défis, qu'il s'agisse des dépassements de coûts, de l'accès aux services ou du creusement des déficits. Mais l'objectif reste le même pour tous : trouver comment assurer les services de santé dont le public a besoin et qu'il demande, et cela de façon efficiente et pour un coût supportable. Ces défis se poseront avec plus d'acuité encore dans les années à venir.

\* Cet article est inspiré d'un document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, à paraître, intitulé *Health Care Systems : Lessons from the Reform Experience*, dont les auteurs sont Elizabeth Docteur et Howard Oxley. Il s'agit d'un résumé, adapté, de la présentation écrite de John Martin, Directeur de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE, devant le Joint Economic Committee du Congrès des États-Unis (10 avril 2003).

## Références

OCDE (2003), *Eco-Santé OCDE 2003*, CDROM.

OCDE (2003), *A Disease-Based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, Paris.

OCDE (2002), *Être à la hauteur : Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, Paris.