L'impact de la crise économique sur les systèmes de santé des pays de l'OCDE

Valérie Paris

► Cet article présente les principales mesures adoptées dans le secteur de la santé par les pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) en réponse à la crise économique qui a débuté en 2008 : hausse et diversification des prélèvements obligatoires, augmentation des frais pour les usagers, baisses des effectifs et des salaires pour les personnels de santé, réduction des prix des biens et des services médicaux, et politiques visant à améliorer l'efficacité des systèmes. Il passe ensuite en revue l'impact de ces mesures sur l'évolution des dépenses de santé. ◀

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques),
2, rue André-Pascal, 75775 Paris, France.
valerie.paris@oecd.org

sociaux entre actifs (notamment indemnités chômage) et les retraites [3]. Cinq pays de l'OCDE, confrontés à de graves problèmes pour financer leurs déficits et dettes publiques par emprunt, ont obtenu des prêts de bailleurs internationaux : la Hongrie en 2008, la Grèce en 2010 puis en 2012, l'Irlande en 2010, le Portugal en 2011 et l'Espagne en 2012. Ces prêts sont assortis de conditions, imposant la mise en place de réformes dans un grand nombre de domaines économiques et, notamment, dans le secteur de la santé. Le Fonds monétaire international (FMI), la Banque centrale européenne et la Commission européenne, ensemble de bailleurs communément désignés sous le nom de « Troïka », définissent ces réformes avec les gouvernements et surveillent régulièrement leur mise en œuvre [4-7].

Les politiques adoptées dans le domaine de la santé en réponse à la crise économique

Chaque crise économique relance les débats sur les politiques publiques à adopter pour en atténuer les effets : faut-il dépenser plus d'argent public pour stimuler la croissance ou chercher à tout prix à équilibrer les comptes publics, quitte à accentuer certains effets de la crise. Durant la crise économique, dont l'Europe peine à se relever, la deuxième option l'a largement emporté et le secteur de la santé ne fait pas exception. Par souci d'exhaustivité, on peut signaler que quelques pays ont réalisé des investissements dans le système de santé pour stimuler la croissance économique. Par exemple, en 2009, les États-Unis ont accru leurs dépenses dans le système de santé, notamment en encourageant l'utilisation des technologies de l'information et le développement de l'évaluation comparative de l'efficacité

La crise économique mondiale, qui a débuté en 2008, a frappé les 34 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Tous ont connu un ralentissement de leur croissance économique et 31 d'entre eux une diminution de leur produit intérieur brut (PIB) en termes réels sur une ou plusieurs années. Cette décroissance a été particulièrement marquée en 2009 en Estonie (- 14,1 %), en Finlande (- 8,5 %), en Espagne (- 7,9 %), en Hongrie et en Islande. En France, le PIB réel a reculé de 3,1 % en 2009 et la reprise est longue à venir [1]. Le taux de chômage a augmenté et atteint des taux record au premier trimestre 2013 dans plusieurs pays : plus de 26 % en Espagne et en Grèce, 17 % au Portugal, et 12 % pour la zone Euro. En Espagne et en Grèce, les taux de chômage dépassent 50 % parmi les jeunes actifs [2]. La plupart des pays ont enregistré des déficits budgétaires pour une ou plusieurs années consécutives, et la dette publique moyenne de l'ensemble des pays de l'OCDE est passée de 80 % du PIB en 2008 à 107 % en 2012 [1].

La majorité des pays de l'OCDE ont adopté des mesures dites de « consolidation fiscale » visant à contenir les déficits publics et réduire le niveau de la dette, en augmentant les revenus collectés et/ou en réduisant les dépenses publiques. La moitié des pays de l'OCDE ont pris des mesures affectant le secteur de la santé en 2011 ou 2012, faisant de la santé l'un des secteurs d'intervention publique les plus touchés par ces politiques de consolidation, avec les transferts

Les opinions exprimées dans cet article sont celles de l'auteur, et non celles de l'OCDE ou de ses pays membres. L'auteur assume l'entière responsabilité d'éventuelles erreurs.

des traitements médicaux. Par ailleurs, la réforme visant à généraliser l'assurance santé à l'horizon 2014 a été votée en 2010 en dépit des coûts qu'elle génère pour les finances publiques.

Mais dans la plupart des pays, les politiques de santé adoptées depuis 2009 ont eu pour objectif de réduire ou éviter les déficits publics. Comment ? En augmentant les ressources disponibles pour le système de santé, en réduisant les effectifs employés dans le secteur de la santé, en diminuant les salaires et les prix, en rognant sur la couverture santé des patients, ou en accélérant la recherche d'efficacité [9, 10]. Bien entendu, tous les pays de l'OCDE n'ont pas eu recours à tous ces outils, et ceux qui l'ont fait ont tenté de préserver autant que possible l'accès aux soins et la qualité des soins. Sans prétendre à l'exhaustivité, voici de nombreux exemples de politiques adoptées.

Des mesures visant à accroître les revenus disponibles pour la santé

Durant des décennies, les dépenses de santé ont augmenté plus rapidement que la richesse nationale dans les pays de l'OCDE. Comme trois-quarts de ces dépenses (en moyenne) sont financés publiquement, gouvernements et caisses d'assurance maladie n'ont cessé de rechercher de nouvelles sources de financement. Dans les systèmes nationaux de santé (pays nordiques, Royaume-Uni, Italie, Portugal, Espagne, etc.), essentiellement financés par l'impôt, une croissance des dépenses peut être financée par une augmentation des prélèvements fiscaux et/ou des réallocations entre les différents postes de dépenses publiques. Dans les systèmes d'assurances sociales (France, Allemagne, Belgique, Autriche, etc.), essentiellement financés par des contributions assises sur les revenus du travail, la croissance a été financée par des augmentations des cotisations sociales (taux ou assiette), une diversification des sources de financement (impôts et taxes affectées), ou l'accumulation de déficits.

La crise économique a naturellement lourdement pesé sur les budgets publics, d'une part en réduisant la masse des revenus taxables, d'autre part en accentuant les besoins de financement de certaines fonctions (allocations chômage par exemple). Afin de pallier ces baisses de revenus, les gouvernements ont utilisé les outils habituels : hausse des taux d'imposition et contributions, relèvement des plafonds de cotisations, suppressions de niches fiscales, etc. En Irlande par exemple, l'impôt affecté à la santé a d'abord doublé pour s'établir à 4 % du revenu en 2009 sur les revenus inférieurs à 75 000 Euros et 5 % au-delà [8]. Puis, l'Irlande a réformé son système de financement et instauré en 2011 une contribution sociale universelle pour tous les ménages ayant un revenu supérieur à environ 10 000 euros annuels. Plusieurs pays ont instauré ou augmenté les taxes sur les consommations nocives pour la santé comme le tabac, l'alcool, ou les aliments et boissons sucrées ou à forte teneur en graisse. L'Estonie, par exemple, a continué à augmenter les taxes sur le tabac et l'alcool. En 2011, le Danemark a instauré une taxe sur les aliments contenant des graisses saturées (supprimée par la suite), la Finlande une taxe sur les confiseries. En 2012, la France a introduit une taxe sur les boissons contenant du sucre ou des édulcorants [11].

Des changements dans la couverture santé concentrés sur l'augmentation des frais pour les usagers

L'un des leviers disponibles pour contrôler la croissance des dépenses publiques de santé consiste à réduire le niveau de la couverture maladie publique. Une telle réduction peut prendre trois formes : resserrer les conditions d'éligibilité à la couverture, réduire le panier de soins couverts ou augmenter les frais restant à la charge des usagers.

Peu de pays ont procédé à des ajustements négatifs en termes d'éligibilité à la couverture maladie. Seule l'Espagne, en 2012, a réduit l'accès des immigrés illégaux au système national de santé aux seuls soins d'urgence, soins liés à la maternité et soins pour les enfants [12]. Dans d'autres pays, bien que les conditions d'éligibilité n'aient pas changé, un certain nombre de personnes ont perdu leur assurance santé du fait de la crise économique. En Grèce par exemple, les personnes au chômage depuis une longue période et leurs dépendants ne sont plus assurés, ce qui représente sans doute une proportion non négligeable de la population [13]. Aux États-Unis, malgré les mesures prises par le gouvernement pour aider les personnes perdant leur emploi à garder une couverture maladie, le nombre de non-assurés a augmenté de 3,7 millions entre 2008 et 2011, pour atteindre 47,9 millions de personnes [14].

Peu de pays ont touché au panier de soins remboursables et ceux qui l'ont fait n'étaient pas tous nécessairement très affectés par la crise. Par exemple, la Suisse a décidé de ne plus rembourser les lunettes pour les adultes, l'Estonie a supprimé la couverture des consultations dentaires pour les adultes (soins que de nombreux pays ne couvrent pas) [15]. Certains pays ont profité de la crise pour rationaliser le processus de définition du panier de soins couverts. Par exemple, la République tchèque et l'Espagne ont introduit l'évaluation des technologies de santé dans leur processus [9, 15]. La Grèce, encouragée par la Troïka, doit réintroduire une liste des médicaments remboursables, liste qui n'existait plus depuis 2006 [16].

Dans de nombreux pays, les frais laissés à la charge des usagers ont augmenté. Il serait trop long de faire un inventaire complet de ces mesures, mais la tendance peut être illustrée par quelques exemples. En Irlande, les plus défavorisés et les plus de 70 ans bénéficiaient jusqu'à présent d'une carte médicale permettant un accès gratuit aux soins dispensés par les médecins généralistes et une participation réduite aux frais hospitaliers. Cet avantage a été retiré aux plus aisés des plus de 70 ans (soit 3 % de cette population). Parallèlement, les frais à la charge des usagers ont augmenté

pour les deux-tiers de la population non titulaires de cette carte pour les soins hospitaliers, y compris les urgences, et pour les médicaments [4, 8]. Les Pays-Bas ont augmenté de 224 à 350 euros la franchise qui s'applique avant tout remboursement par l'assurance maladie et laissent à présent les 20 premières séances de kinésithérapie à la charge des patients. Les benzodiazépines ne sont plus remboursées que dans certaines conditions (30 % des cas) et les statines les plus chères ne peuvent être remboursées que lorsqu'elles sont prescrites en deuxième intention. L'Italie a introduit en 2011 des franchises de 10 euros pour les consultations de spécialistes et de 25 euros pour les visites inappropriées aux urgences des plus de 14 ans. Les régions sont autorisées à ajuster ces co-paiements¹ à la baisse ou à la hausse en fonction des revenus des patients, ce que certaines ont fait (dans les deux sens) [17]. Cette liste pourrait être complétée par de nombreux exemples en République tchèque, en Espagne, au Portugal, et en Pologne, concernant de nombreuses catégories de biens et services, et souvent de médicaments.

En parallèle, quelques pays ont pris des mesures pour protéger les populations les plus vulnérables de « restes à charge » trop élevés. L'Autriche, par exemple, a introduit un plafonnement des frais laissés à la charge des usagers en fonction du revenu, mesure déjà appliquée en Allemagne depuis plusieurs années. La Belgique a étendu les conditions d'éligibilité au taux réduit de co-paiements. Cette mesure, ainsi que les effets propres de la crise économique, ont provoqué une augmentation de la population bénéficiant de ces co-paiements réduits de 18 % entre 2008 et 2013 [18].

Dans les pays les plus affectés, baisses des salaires et des prix des biens et services médicaux

Alors que le secteur de la santé est habitué à une croissance continue des effectifs dans la plupart des pays de l'OCDE, quelques pays, soumis à une forte pression fiscale, ont réduit l'emploi dans la fonction publique en ne reconduisant pas les contrats temporaires ou en limitant le taux de remplacement des fonctionnaires. L'Espagne, par exemple, ne remplace plus qu'un départ sur 10, la Grèce un sur cinq, y compris pour les médecins salariés du secteur public [19]. Dans le même ordre d'idée, la Grèce prévoit d'introduire le conventionnement sélectif des médecins libéraux par l'assurance maladie avec comme objectif une réduction des effectifs de 25 % qui reste à réaliser. En Irlande, un moratoire sur les recrutements de fonctionnaires décidé en 2009 a également contribué à diminuer les effectifs globaux d'un peu plus de 3 % (administratifs et personnel infirmier). Les ministères de la Santé ont expérimenté une forte baisse de leurs budgets en Estonie (-24% en 2009) et en République tchèque (-30 % entre 2008 et 2010). Les baisses de salaires ont été particulièrement importantes en Espagne, en Grèce, en République tchèque et au Portugal. En Grèce, les baisses imposées étaient d'autant plus importantes que le salaire de base était élevé et ont atteint plus de 20 % sur deux ans pour certains postes [19]. Au Portugal, des réductions de salaire ont été également imposées, mais la suppression des 13^e et 14^e mois de salaire

des fonctionnaires imposée par la Troïka a été annulée par une décision du Conseil constitutionnel pour cause d'inéquité de traitement entre les salariés publics et privés [6]. En Irlande, les salaires des fonctionnaires ont été réduits de 5 à 15 % – selon leur niveau de départ – à partir de 2009, tandis que les forfaits versés aux pharmaciens pour la délivrance de médicaments ont été diminués de 24 à 34 %, selon le prix du produit [4]. En Estonie, les prix des services ont été réduits de 6 % en 2009 et à nouveau de 5 % en 2011 [15].

Enfin, depuis 2010, plusieurs pays ont imposé ou négocié des baisses de prix ou des remises sur les dépenses de médicaments [20, 21]. Par exemple, en Allemagne, le gouvernement a imposé aux laboratoires pharmaceutiques le versement d'une remise de 16 % pour tous les produits non soumis à prix de références² à partir de 2010. En Irlande, le gouvernement a négocié avec les industriels une baisse de prix de 40 % pour 300 produits largement prescrits. En Espagne, le prix des génériques a été diminué de 25 % et une remise de 7,5 % a été imposée sur tous les médicaments financés par le système national de santé, en ambulatoire comme à l'hôpital [20]. En Grèce, les prix de gros des médicaments ont été réduits à deux reprises : de 21,5 % en moyenne en 2010 et 10,2 % en 2011, tandis que le prix fixé à l'entrée des génériques sur le marché a été réduit graduellement de 80 % à 40 % du prix du produit original [16].

Un certain nombre de ces politiques sont des mesures d'urgence qu'il n'est pas envisageable de reproduire sous peine de nuire aux systèmes de santé, par exemple en réduisant l'attractivité du secteur de la santé pour les professionnels. Dans certains pays, elles ont été accompagnées de baisses très importantes des dépenses d'investissement, compromettant également l'avenir de l'offre de soins. En Irlande par exemple, les investissements ont diminué de 26 % par rapport à l'année précédente.

À côté de ces mesures, d'autres politiques, pas nécessairement plus faciles à mener ni plus acceptables pour les acteurs en présence, ont au moins la vertu de chercher à améliorer l'efficacité des systèmes de santé.

Une accélération des politiques visant à améliorer l'efficacité des systèmes de santé

De fait, dans plusieurs pays, la crise a agi comme un catalyseur pour engager ou mener jusqu'à leur terme des réformes déjà identifiées comme nécessaires pour améliorer l'efficacité du système et contenir la croissance des coûts.

¹ Co-paiement signifie « participation du patient ».

² Les prix de référence correspondent aux montants maximum remboursés pour un groupe de médicaments (par exemple tous les produits ayant la même molécule ou les mêmes propriétés pharmaceutiques). En France, on les appelle « tarifs forfaitaires de responsabilité » et ils n'existent que pour quelques groupes génériques.

Le secteur du médicament et des biens médicaux a été particulièrement ciblé. En Grèce et au Portugal, les accords signés avec la Troïka ont imposé un objectif de réduction des dépenses publiques de médicament (ambulatoire et hôpital) à 1 % du PIB, d'ici 2013 au Portugal et 2014 en Grèce [5, 6]. En Grèce, afin de respecter cet objectif, une surveillance des dépenses mensuelles est effectuée, et les laboratoires pharmaceutiques doivent reverser tout excédent de bénéfice tous les six mois sous peine de se voir imposer de nouvelles baisses de prix [5]. De nombreuses mesures ont visé à favoriser l'utilisation des génériques et diminuer leurs prix. Ainsi, l'Espagne a pris des mesures pour accélérer l'entrée des génériques et augmenter la réactivité du système de prix de référence. La Troïka a tenté d'imposer l'obligation de prescrire en Dénomination commune internationale en Grèce et en Espagne, avec une obligation pour le pharmacien de délivrer le médicament le moins onéreux, mais cette réforme a rencontré une forte opposition des médecins en Grèce. Au final, les médecins peuvent continuer à prescrire en nom de marque, mais les patients doivent payer toute différence de prix entre le médicament de marque et le générique lorsque celui-ci existe [16]. Des objectifs ont été fixés concernant la part des génériques sur le marché ambulatoire remboursable en 2013, à 45 % au Portugal et 60 % en Grèce [5, 6], mais ils ne semblent pas atteints...

La Grèce et l'Espagne ont introduit la prescription électronique de médicaments, qui est à présent quasiment généralisée. En Grèce, la rédaction de recommandations de bonnes pratiques en matière de prescription est en cours et les prescriptions sont surveillées mensuellement ; les médecins reçoivent une information sur leurs prescriptions (comparées à celles de leurs pairs), jugées problématiques concernant notamment les génériques et les antibiotiques [5].

Les accords avec la Troïka prévoient également des procédures d'achat centralisées pour les biens médicaux en Grèce et au Portugal. En Grèce, des appels d'offre nationaux lancés par des hôpitaux en 2010 et 2011 ont permis de réaliser de 30 à 75 % d'économies sur sept dispositifs

médicaux et jusqu'à 80 % sur quelques médicaments [22]. Selon les accords signés avec la Troïka, 45 % des biens médicaux devraient être achetés selon cette procédure en 2014 et 60 % en 2015 [5]. La République tchèque a également introduit, en 2011, des appels d'offre pour l'achat d'équipements médicaux [23].

Dans le prolongement des réformes déjà engagées depuis plusieurs années, les pays de l'OCDE ont également introduit des mesures visant à accroître l'efficacité et la coordination des soins dans les secteurs ambulatoire et hospitalier. Dans la dernière décennie, de nombreux pays avaient déjà modifié les modes de paiement des médecins et des hôpitaux. Aujourd'hui, 15 pays de l'OCDE ont instauré un paiement à la performance pour les institutions ou les médecins qui dispensent des soins de premier recours, et sept pays déclarent avoir instauré de tels paiements pour les soins de spécialistes dispensés en ambulatoire. En Grèce, des paiements à la capitation (paiement d'un forfait annuel par patient) ont été introduits pour tous les nouveaux médecins avec comme objectif une réduction des dépenses par médecin de 10 % en 2011 et 15 % en 2012. Le Portugal a modifié le mode de paiement des généralistes, qui se compose à présent d'une partie salaire et une partie de paiement à la performance. Dans le domaine hospitalier, les paiements par cas (type T2A) ont été introduits dans des pays où ils ne l'étaient pas encore (République tchèque, Grèce). Au Portugal, les autorités créent des unités de soins familiaux de manière à assurer une bonne couverture de la population, et mettent en place des dossiers médicaux patients [6].

Les restructurations hospitalières, prévues à l'agenda de nombreux pays de l'OCDE déjà avant la crise, ont été accélérées dans les pays fortement affectés par la crise, comme la Grèce ou le Portugal. Au Portugal, les fusions, fermetures d'hôpitaux, réductions du nombre de lits et réallocations de personnel prévues sur trois ans doivent entraîner de substantielles économies [6]. La Grèce a introduit une planification dans le secteur hospitalier qui vise à mieux répondre aux besoins de santé de la population. Le nombre d'hôpitaux publics est passé de 127 à 89 [5].

Enfin, quelques pays ont diminué les coûts d'administration en fusionnant des services ministériels (Portugal, Irlande). En Grèce

Figure 1. Croissance des dépenses publiques et totales de santé, en termes réels, entre 2000 et 2011 pour l'ensemble des pays membres de l'OCDE. Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2013.

Figure 2. Croissance annuelle des dépenses réelles de santé avant et après la crise économique, pays de l'OCDE. Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2013.

où les assurés étaient affiliés à des caisses d'assurance maladie différentes en fonction de leur profession (comme en France), la Troïka a imposé la fusion des différentes caisses en une caisse unique qui a vu le jour en 2012 [5]. Au passage, les effectifs employés devaient être divisés par deux. Le Royaume-Uni a réduit de 18 à 8 le nombre d'agences contribuant à la gouvernance du système de santé, réduisant les dépenses d'administration centrale d'un tiers.

Un impact notable sur l'évolution des dépenses de santé

Juste avant la crise, les dépenses de santé augmentaient chaque année de 4 à 5 % en termes réels³ en moyenne dans les pays de l'OCDE. Pour les années 2010 et 2011, cette croissance moyenne a été proche de zéro (Figure 1). Naturellement, ces moyennes cachent des évolutions contrastées selon les pays, avant comme après la crise (Figure 2).

Dans 10 pays de l'OCDE, tous européens, les dépenses de santé ont diminué en termes réels entre 2009 et 2011. En Grèce, les dépenses de santé réelles ont diminué de 11 % deux années consécutives, alors que la croissance moyenne de ces dépenses avant la crise était de 5 % par an. En Irlande, où la croissance pré-crise était de 9 % par an, les dépenses ont diminué de près de 8 % en 2010 et 3 % en 2011. En République tchèque, en Estonie, en Espagne et au Royaume-Uni, les dépenses réelles de santé ont diminué, alors qu'elles augmentaient à un rythme supérieur à la moyenne avant la crise.

Dans tous les autres pays de l'OCDE, à l'exception du Japon et d'Israël, la croissance des dépenses de santé a ralenti à partir de 2009. C'est le cas par exemple en Italie, en Autriche, en France, en Allemagne, par exemple, mais aussi aux Pays-Bas et en Belgique, où la croissance avant la crise était encore très dynamique.

Pour l'ensemble des pays de l'OCDE (en moyenne), tous les financeurs observent une décélération de la croissance des dépenses. Les dépenses publiques, qui représentent en moyenne trois-quarts des

dépenses totales, ont diminué de 0,4 % en 2010 et ont stagné en 2011. Les dépenses des assurances privées ont également ralenti sur les deux dernières années, reflétant parfois une diminution des effectifs assurés. En Irlande, par exemple, le nombre de personnes souscrivant une assurance privée supplémentaire a diminué de 52 % en 2006 à 46 % en 2012 [4]. Les dépenses directes des ménages, qui comprennent aussi bien les dépenses de soins non remboursées que les co-paiements, ont également augmenté moins rapidement, et ceci dès 2009.

Enfin, le ralentissement de la croissance a affecté tous les sec-

teurs de la santé. Les dépenses ambulatoires de médicaments et les dépenses de prévention ont connu deux années consécutives de croissance négative en moyenne pour les pays de l'OCDE. Les dépenses d'administration ont également enregistré une baisse en 2010. Pour les autres postes, notamment les soins hospitaliers et les soins ambulatoires, la croissance des dépenses s'est fortement ralentie [24].

Les effets sur l'utilisation des soins et la santé sont encore mal connus

L'évaluation de l'impact de la crise économique et des mesures ayant affecté le secteur de la santé sur le recours aux soins et sur la santé ne peut être traitée dans cet article et mériterait de longs développements. Quelques données préliminaires suggèrent que les difficultés d'accès aux soins se sont accrues, notamment pour les populations les plus fragiles, et que les listes d'attente pour la chirurgie programmée ont augmenté par exemple en Espagne, au Portugal et en Irlande [25]. Quant aux effets sur la santé des populations, plusieurs articles mentionnent des effets délétères sur la santé mentale et les taux de suicide, mais il faudra sans doute un recul de plusieurs années pour en établir le bilan complet. ♦

SUMMARY

The impact of the economic crisis on health systems of OECD countries

This paper describes measures adopted by OECD countries in the health sector in response to the economic crisis which began in 2008: increase and diversification of

³ C'est-à-dire déflatées par l'indice de prix du PIB.

915