

III. LES PRESSIONS BUDGÉTAIRES À PRÉVOIR POUR LES DÉPENSES RELATIVES AUX SOINS DE SANTÉ ET AUX SOINS DE LONGUE DURÉE

Les dépenses publiques affectées aux soins de santé et aux soins de longue durée sont appelées dans l'avenir à peser lourdement sur les budgets de nos pays. Ces dépenses se sont déjà accrues au cours des trente dernières années, accélérant même au tournant du siècle pour atteindre en moyenne près de 7 % du PIB des pays de l'OCDE en 2005¹. Dans l'hypothèse de politiques publiques inchangées, la part des dépenses moyennes pourrait presque doubler d'ici à 2050, quoique dans des proportions fort variables d'un pays à l'autre. Le chapitre qui suit présente les prévisions établies, lesquelles mettent en évidence les nombreux éléments d'incertitude – liés aussi bien aux politiques menées qu'aux déterminants des dépenses – mais dégagent également des conclusions qui paraissent plus solides.

Les dépenses publiques affectées aux soins de santé et aux soins de longue durée sont appelées à augmenter...

Les dépenses augmentent pour une multitude de raisons, dont le vieillissement démographique, même si ce dernier facteur ne contribue pas autant au phénomène qu'on le pense parfois. L'élévation du revenu stimulera la demande de soins de qualité mais, là encore, peut-être moins que ce qui est parfois avancé. La découverte de nouvelles techniques ou de nouveaux traitements médicaux constituera un facteur important de nature à doper la demande. Dans certains pays, il est probable que le taux d'activité des femmes progressera sensiblement, ce qui limitera l'ampleur des soins informels et favorisera la demande de soins dispensés par le secteur public. Enfin, nonobstant les gains d'efficacité induits par le progrès technologique, il est probable que les prix des soins de santé et de longue durée augmenteront plus vite que le niveau général des prix.

... sous l'effet d'une multitude de facteurs...

Les prévisions établies par l'OCDE se fondent sur un certain nombre d'hypothèses dans tous ces domaines. Deux scénarios principaux sont à distinguer (tableau III.1) :

... ce qui laisse un rôle important aux politiques mises en œuvre

- En l'absence d'une intervention des pouvoirs publics qui marque une rupture avec les tendances observées jusqu'ici, les dépenses au titre des soins de santé et des soins de longue durée pourraient atteindre en moyenne près de 13 % du PIB d'ici 2050 (scénario « d'accroissement des coûts »).
- Dans un scénario de « maîtrise des coûts », tenant compte des effets escomptés de l'adoption de mesures visant à infléchir l'accroissement des dépenses, les dépenses moyennes augmenteraient encore de 3½ points de pourcentage, pour s'établir à quelque 10 % du PIB d'ici 2050.

1. Le présent chapitre traite exclusivement des dépenses publiques. Les dépenses privées au titre des soins de santé et des soins de longue durée ont représenté en 2005 une part supplémentaire de 2 % du PIB en moyenne.

Tableau III.1. Résumé des prévisions relatives aux dépenses publiques au titre des soins de santé et soins de longue durée

En pourcentage du PIB

	Soins de santé			Soins de longue durée			Total		
	2005 ¹	2050 Accroissement des coûts	2050 Maîtrise des coûts	2005 ¹	2050 Accroissement des coûts	2050 Maîtrise des coûts	2005 ¹	2050 Accroissement des coûts	2050 Maîtrise des coûts
Australie	5.6	9.7	7.9	0.9	2.9	2.0	6.5	12.6	9.9
Autriche	3.8	7.6	5.7	1.3	3.3	2.5	5.1	10.9	8.2
Belgique	5.7	9.0	7.2	1.5	3.4	2.6	7.2	12.4	9.8
Canada	6.2	10.2	8.4	1.2	3.2	2.4	7.3	13.5	10.8
République Tchèque	7.0	11.2	9.4	0.4	2.0	1.3	7.4	13.2	10.7
Danemark	5.3	8.8	7.0	2.6	4.1	3.3	7.9	12.9	10.3
Finlande	3.4	7.0	5.2	2.9	5.2	4.2	6.2	12.2	9.3
France	7.0	10.6	8.7	1.1	2.8	2.0	8.1	13.4	10.8
Allemagne	7.8	11.4	9.6	1.0	2.9	2.2	8.8	14.3	11.8
Grèce	4.9	8.7	6.9	0.2	2.8	2.0	5.0	11.6	8.9
Hongrie	6.7	10.3	8.5	0.3	2.4	1.0	7.0	12.6	9.5
Islande	6.8	10.7	8.9	2.9	4.4	3.4	9.6	15.2	12.3
Irlande	5.9	10.0	8.2	0.7	4.6	3.2	6.7	14.5	11.3
Italie	6.0	9.7	7.9	0.6	3.5	2.8	6.6	13.2	10.7
Japon	6.0	10.3	8.5	0.9	3.1	2.4	6.9	13.4	10.9
Corée	3.0	7.8	6.0	0.3	4.1	3.1	3.3	11.9	9.1
Luxembourg	6.1	9.9	8.0	0.7	3.8	2.6	6.8	13.7	10.6
Mexique	3.0	7.5	5.7	0.1	4.2	3.0	3.1	11.7	8.7
Pays-Bas	5.1	8.9	7.0	1.7	3.7	2.9	6.8	12.5	9.9
Nouvelle-Zélande	6.0	10.1	8.3	0.5	2.4	1.7	6.4	12.6	10.0
Norvège	7.3	10.7	8.9	2.6	4.3	3.5	9.9	15.0	12.4
Pologne	4.4	8.5	6.7	0.5	3.7	1.8	4.9	12.2	8.5
Portugal	6.7	10.9	9.1	0.2	2.2	1.3	6.9	13.1	10.4
République slovaque	5.1	9.7	7.9	0.3	2.6	1.5	5.4	12.3	9.4
Espagne	5.5	9.6	7.8	0.2	2.6	1.9	5.6	12.1	9.6
Suède	5.3	8.5	6.7	3.3	4.3	3.4	8.6	12.9	10.1
Suisse	6.2	9.6	7.8	1.2	2.6	1.9	7.4	12.3	9.7
Turquie	5.9	9.9	8.1	0.1	1.8	0.8	6.0	11.7	8.9
Royaume-Uni	6.1	9.7	7.9	1.1	3.0	2.1	7.2	12.7	10.0
États-Unis	6.3	9.7	7.9	0.9	2.7	1.8	7.2	12.4	9.7
Moyenne OCDE²	5.7	9.6	7.7	1.1	3.3	2.4	6.7	12.8	10.1

Note : Voir le texte pour une description des différents scénarios.

1. Estimations de l'OCDE.

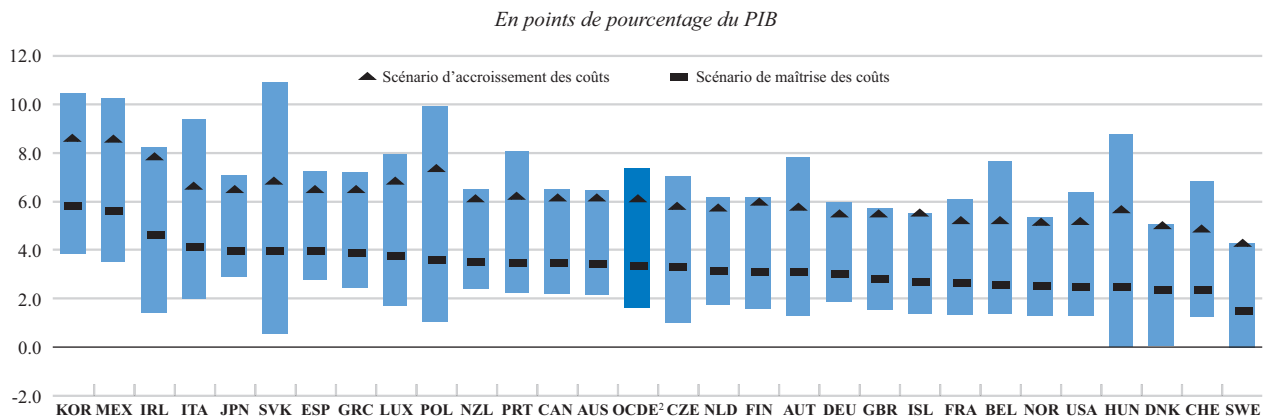
2. Moyenne non pondérée.

Source : Calculs de l'OCDE.

StatLink : <http://dx.doi.org/10.1787/133271056325>

L'accroissement des dépenses est très variable d'un pays à l'autre

Des différences notables apparaissent entre les différents pays de l'OCDE (graphique III.1). Dans le scénario de maîtrise des coûts, un groupe de pays se distingue par un accroissement des dépenses au titre des soins de santé et des soins de longue durée équivalent ou supérieur à 4 % du PIB sur la période 2005-2050. Ce groupe rassemble des pays (Corée, Mexique, Irlande, Italie, Japon, République slovaque et Espagne) qui connaîtront simultanément un vieillissement rapide et une forte croissance de plusieurs variables non démographiques, notamment une évolution marquée de la prise en charge

Graphique III.1. Accroissement total des dépenses au titre des soins de santé et de longue durée par pays, 2005-2050¹

1. Les barres verticales indiquent la fourchette de variation des résultats en fonction des différents scénarios, ce qui donne une idée de leur sensibilité aux différentes hypothèses. Les pays sont classés en fonction de l'accroissement des dépenses entre 2005 et 2050 dans le scénario de maîtrise des coûts. La Turquie est exclue du classement faute de données, l'un des scénarios n'ayant pas pu être calculé.

2. Moyenne de l'OCDE moins la Turquie.

Source : Calculs de l'OCDE.

StatLink : <http://dx.doi.org/10.1787/351560088341>

des soins de longue durée, auparavant du ressort de la famille (soins informels), au profit du secteur public (soins formels). À l'autre extrémité se trouve la Suède, dont l'accroissement des dépenses sera inférieur à 2 % du PIB. Ce pays, où le processus de vieillissement est en voie de stabilisation, consacre déjà une part relativement élevée de son PIB aux dépenses de soins de santé et de soins de longue durée.

Le classement des pays par ordre de grandeur de l'accroissement des dépenses reste globalement inchangé au vu des résultats des tests de sensibilité aux principaux déterminants mentionnés plus haut (graphique III.1). De plus, pour la quasi-totalité des pays et quels que soient les scénarios étudiés, la fourchette des résultats concernant les dépenses est à peine plus large que celle qui est obtenue pour les deux principaux scénarios décrits précédemment, ce qui dénote une certaine solidité des résultats.

Le reste du texte analyse plus en détail ces prévisions, en s'efforçant de déterminer le rôle qui doit être attribué aux différentes hypothèses dans les résultats obtenus. Les prévisions concernant les dépenses au titre des soins de santé et des soins de longue durée se fondent sur des prévisions démographiques et économiques, décrites dans l'encadré III.1 et le tableau III.2².

Le vieillissement est un facteur d'augmentation des dépenses

Le vieillissement se traduit par une augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population, laquelle pèsera à la hausse sur les dépenses étant donné que les coûts liés à la santé s'accroissent avec l'âge. Le coût moyen par personne dans les classes d'âge plus avancé peut aussi régresser avec le temps, et ce pour deux raisons :

- L'allongement de l'espérance de vie peut se traduire par des années supplémentaires de bonne santé (« vieillissement en bonne santé »). C'est l'hypo-

Les prévisions semblent relativement robustes

Les effets du vieillissement sur le coût des soins de santé sont contrebalancés par l'influence d'autres variables...

2. Pour une analyse des prévisions démographiques nationales utilisées dans la présente étude, et les hypothèses correspondantes, voir Oliveira Martins *et al.* (2005).

Encadré III.1. Hypothèses exogènes sur lesquelles reposent les prévisions

Les prévisions sont fondées sur une série d'hypothèses exogènes, qui peuvent être décrites comme suit (voir OCDE, 2006 pour de plus amples détails) :

- Les prévisions démographiques (N) ont été rassemblées par la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE, directement auprès de sources nationales. L'allongement de l'espérance de vie a été calculé à partir de prévisions nationales concernant la population. Les taux annuels de mortalité sont le résultat d'une interpolation linéaire des prévisions nationales à cinq ans. Le taux de mortalité par cohorte et par an a été obtenu à l'aide de ces données annuelles (voir Gonand, 2005). Étant donné que les hypothèses sous-jacentes concernant la fécondité et l'espérance de vie peuvent différer d'un pays à l'autre, on a utilisé une maquette de la population pour tester la sensibilité des résultats à des hypothèses uniformes concernant l'espérance de vie pour un échantillon de pays.
- Les prévisions relatives à la population active (L/N), qui s'inspirent de travaux antérieurs de l'OCDE (Burniaux *et al.*, 2003), sont fondées sur une analyse dite par cohorte. Elles correspondent à un scénario de référence où l'impact des politiques actuelles est censé influencer sur le taux d'activité au cours des décennies à venir, mais ne font pas intervenir d'autres

hypothèses concernant un éventuel infléchissement des politiques.

- La croissance de la productivité du travail (Y/L), qui est censée converger de façon linéaire depuis son taux initial (1995-2003) vers 1.75 % par an d'ici 2030 dans tous les pays, à l'exception des anciens pays en transition et du Mexique, où la convergence ne se produit qu'en 2050.

Les prévisions relatives au PIB par habitant sont directement calculées à partir des variables exogènes ($Y/N = Y/L \times L/N$, par exemple). Ce cadre simple n'est pas censé tenir compte de la meilleure façon possible des écarts de productivité entre les pays, mais vise à isoler autant que possible l'effet du vieillissement et d'autres facteurs démographiques sur les prévisions.

Le tableau III.2 présente les résultats de ces calculs. On peut voir que, sans augmentation substantielle de la productivité du travail, le vieillissement agira comme un frein sur la croissance dans des proportions non négligeables puisque la réduction de la croissance du PIB sera de 1 % par an sur la période 2025-2050, par rapport à la période 2005-2025. Pour une analyse plus approfondie de l'impact du vieillissement sur la croissance, le lecteur intéressé peut se référer à Oliveira Martins *et al.* (2005).

thèse retenue dans les présentes prévisions, laquelle peut être vue comme un compromis entre deux thèses opposées. D'un côté, l'allongement de la durée de vie peut supposer une plus longue période de mauvaise santé à la fin de la vie, le maintien en vie étant rendu possible grâce à des traitements médicaux (coûteux). D'un autre côté, l'amélioration générale de l'état de santé peut maintenir les gens en bonne santé jusqu'à la date, de plus en plus éloignée, de leur décès. Les observations relevées actuellement dans un certain nombre de pays de l'OCDE cadrent avec l'hypothèse d'un « vieillissement en bonne santé ».

- Les dépenses de santé importantes interviennent en fin de vie (« coûts liés aux décès »). Dans la mesure où l'allongement de la durée de vie se traduit par le fait qu'une plus forte proportion d'individus quitte une classe d'âge non parce qu'ils meurent, mais parce qu'ils entrent dans la classe d'âge suivante, le coût moyen associé à la classe d'âge correspondante régresse. Cette hypothèse est également intégrée dans les prévisions actuelles, où les dépenses de santé propres à une classe d'âge sont ajustées pour tenir compte de la distinction entre les dépenses de soins de santé associées aux survivants qui entrent dans la classe d'âge suivante et les dépenses liées aux décès.

... et ne sont donc responsables que d'un accroissement modeste des dépenses...

Compte tenu de ces effets compensateurs, l'incidence nette de l'évolution démographique sur les dépenses au titre des soins de santé est limitée : elle se traduit en moyenne pour les pays de l'OCDE par un accroissement de 0.7 % du PIB sur la période 2005-2050 (graphique III.2). Si tous les effets pris isolément vont dans la même direction dans tous les pays, leur ampleur varie sensiblement. Dans les pays

Tableau III.2. Décomposition des prévisions relatives au PIB par habitant

Variation annuelle moyenne en pourcentage

	Utilisation du facteur travail ¹	Productivité du travail ²	PIB par habitant	Pour mémoire : PIB	Utilisation du facteur travail ¹	Productivité du travail ²	PIB par habitant	Pour mémoire : PIB
	2005-2025				2025-2050			
Australie	-0.2	2.2	2.0	2.8	-0.3	1.8	1.4	1.8
Autriche	-0.5	2.0	1.6	1.8	-0.4	1.8	1.4	1.2
Belgique	-0.2	1.9	1.6	1.8	-0.2	1.8	1.5	1.6
Canada	-0.3	2.0	1.7	2.3	-0.2	1.8	1.6	1.7
République tchèque	-0.4	1.5	1.1	1.1	-0.8	1.7	0.9	0.6
Danemark	-0.4	2.0	1.6	1.6	-0.1	1.8	1.6	1.5
Finlande	-0.6	2.6	2.0	2.1	-0.1	1.8	1.7	1.4
France	-0.5	1.8	1.3	1.5	-0.3	1.8	1.5	1.5
Allemagne	-0.2	1.5	1.3	1.2	-0.2	1.8	1.5	1.1
Grèce	0.3	2.0	2.3	2.1	-0.5	1.8	1.3	0.9
Hongrie	-0.6	2.9	2.3	2.3	-0.7	2.1	1.4	1.0
Islande	0.0	2.5	2.5	3.1	-0.2	1.8	1.6	1.8
Irlande	0.2	3.5	3.7	4.4	-0.2	1.8	1.5	1.8
Italie	-0.1	1.5	1.4	1.3	-0.5	1.8	1.2	0.7
Japon	-0.3	1.5	1.1	0.9	-0.3	1.8	1.4	0.7
Corée	-0.6	2.4	1.7	1.9	-0.4	1.8	1.3	0.6
Luxembourg	-0.1	3.2	3.0	4.2	-0.3	1.8	1.4	2.3
Mexique	0.8	2.6	3.5	4.5	0.1	2.0	2.1	2.4
Pays-Bas	-0.2	1.8	1.6	1.9	0.0	1.8	1.7	1.7
Nouvelle-Zélande	-0.3	1.8	1.5	2.1	-0.3	1.8	1.4	1.6
Norvège	-0.1	1.9	1.8	2.3	-0.1	1.8	1.6	2.0
Pologne	-0.4	3.7	3.4	3.2	-0.8	2.4	1.6	0.7
Portugal	-0.1	2.2	2.1	2.1	-0.5	1.8	1.3	0.9
République slovaque	-0.6	2.4	1.8	1.9	-1.0	1.9	0.9	0.5
Espagne	-0.2	1.6	1.4	1.7	-0.4	1.8	1.3	1.1
Suède	-0.6	2.3	1.7	2.2	0.0	1.8	1.7	2.0
Suisse	-0.1	1.7	1.5	1.6	-0.2	1.8	1.6	1.4
Turquie	-0.3	2.4	2.0	3.0	-0.4	1.8	1.3	1.7
Royaume-Uni	-0.3	2.1	1.8	2.1	-0.1	1.8	1.6	1.7
États-Unis	-0.3	2.1	1.7	2.6	-0.1	1.8	1.7	2.4
Moyenne	-0.2	2.2	1.9	2.3	-0.3	1.8	1.5	1.4

1. Rapport entre la population active et la population totale.

2. La croissance de la productivité du travail converge vers 1.75% par an d'ici 2030, sauf pour les anciens pays en transition et le Mexique, censés converger d'ici 2050.

Source : Calculs de l'OCDE.

StatLink : <http://dx.doi.org/10.1787/436850366462>

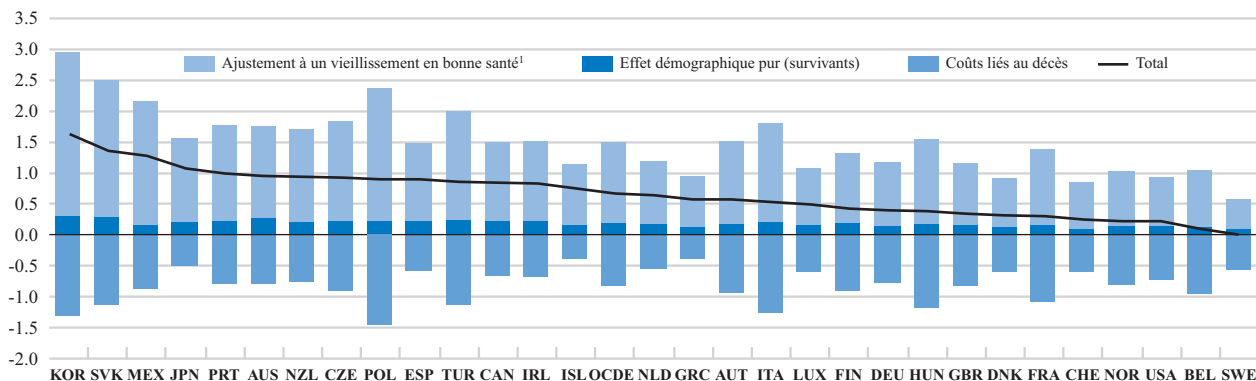
où il faut s'attendre à une évolution démographique particulièrement marquée, comme la Corée, la République slovaque et la Pologne, les effets directs du vieillissement seront particulièrement notables, mais l'impact de variables ayant un effet compensateur sera également très prononcé.

S'agissant des soins de longue durée, les effets compensateurs contrebalancent moins l'impact direct du vieillissement que dans le cas des soins de santé. Les observations limitées dont on dispose laissent penser que la prévalence de la dépendance (c'est-à-dire l'incapacité d'effectuer une ou plusieurs activités de la vie quotidienne) augmente de

... l'effet étant plus prononcé pour ce qui est des soins de longue durée

Graphique III.2. Effets des variables démographiques sur les dépenses au titre des soins de santé

Augmentation en points de pourcentage de PIB, 2005-2050



1. Cet ajustement suppose que l'allongement de la durée de vie se traduit par des années supplémentaires en bonne santé.

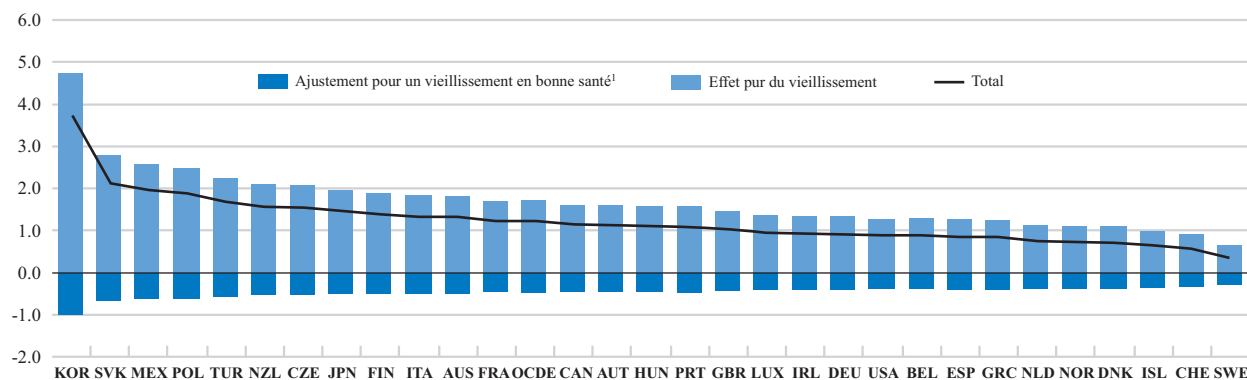
Source : Calculs de l'OCDE.

StatLink : <http://dx.doi.org/10.1787/200153526783>

façon exponentielle avec l'âge, et atteint un niveau très élevé chez les personnes les plus âgées³. Dans ces conditions, il n'est sans doute pas réaliste de penser que la prévalence de la dépendance évoluera parallèlement à l'allongement de la durée de vie. C'est pourquoi les prévisions reposent sur l'hypothèse moins optimiste (mais qui reste arbitraire) selon laquelle la moitié seulement de l'augmentation de la longévité se traduit par une réduction de la dépendance. Selon cette hypothèse, l'incidence nette du facteur démographique sur les dépenses au titre des soins de longue durée au cours de la période 2005-2050 se matérialisera par un accroissement moyen des dépenses équivalant à 1,2 % du PIB, ce qui est bien supérieur en valeur absolue comme en valeur relative à l'augmentation obtenue pour les soins de santé (graphique III.3).

Graphique III.3. Effets des variables démographiques sur les dépenses au titre des soins de longue durée

Augmentation en points de pourcentage de PIB, 2005-2050



1. S'agissant des soins de santé de longue durée, l'ajustement opéré pour un « vieillissement en bonne santé » correspond à la moitié seulement de l'allongement de l'espérance de vie.

Source : Calculs de l'OCDE.

StatLink : <http://dx.doi.org/10.1787/803083430161>

3. D'après des observations dispersées provenant de quatre pays de l'OCDE (Comas-Herrera et Wittenberg, 2003), 30 % environ des personnes âgées de 85 à 89 ans pourraient nécessiter des soins de longue durée. Le taux de dépendance grimpe à près de 70 % pour les personnes de plus de 95 ans.

La diminution de l'offre de soins informels poussera probablement à la hausse la demande de soins formels

Dans les pays où le taux d'activité féminine est faible, ce sont souvent les femmes qui assurent les soins informels au sein de la famille. L'augmentation du taux d'activité des femmes, sous l'effet de l'élévation du niveau d'instruction et de l'adoption de réformes visant à aplanir les obstacles à leur participation à la vie active, pourrait donc faire diminuer l'offre de soins informels et accroître la demande de prestation de soins en institution. De fait, des estimations issues de modèles économétriques semblent faire apparaître une relation significative entre les dépenses publiques par personne dépendante et le taux d'activité des personnes de la classe d'âge 50-64 ans.

L'augmentation du taux d'activité des femmes pourrait faire diminuer l'offre de soins informels...

Sur la base de ces estimations et de l'évolution tendancielle des taux d'activité sur laquelle reposent les prévisions du PIB (voir l'encadré III.1 ci-dessus), les effets d'une diminution de l'offre de soins informels sur les dépenses publiques sont pris en compte dans les prévisions de dépenses⁴. L'accroissement de la demande de soins formels pourrait induire une augmentation des dépenses publiques au titre des soins de longue durée de l'ordre de 1 % du PIB, voire un peu plus, au cours de la période 2005-2050 dans certains pays (Irlande, Grèce et Mexique). Selon un autre scénario, dans lequel le taux d'activité des personnes de 50 à 64 ans est porté à 70 % au moins dans tous les pays, les dépenses moyennes correspondantes augmenteraient entre 2005 et 2050 de quelque 1.7 % du PIB⁵. D'autres facteurs de nature à accroître la demande de soins formels, tels que la réduction de la taille des ménages, ne sont pas pris en compte dans les scénarios étudiés.

... d'où une pression grandissante sur les dépenses publiques

Les dépenses de soins de santé s'accroîtront avec le revenu

Classiquement, les dépenses au titre des soins de santé augmentent plus vite que le PIB et ce, même si l'on opère un ajustement pour tenir compte de l'évolution démographique. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène, à commencer par les effets du progrès technologique et des prix relatifs dont il est question ci-après. Une autre explication tient peut-être à une préférence grandissante pour la santé à mesure que le revenu s'accroît (la santé perçue comme un bien « supérieur »), mais les observations empiriques de nature à confirmer cette explication sont contrastées. De fait, les données individuelles dont on dispose ne mettent pas en évidence une relation étroite entre le revenu et les dépenses de santé. Par ailleurs, diverses objections d'ordre méthodologique ont été soulevées à l'encontre des études macroéconomiques qui font de la santé un bien supérieur. Dans ces conditions, les prévisions reposent sur l'hypothèse selon laquelle, toutes choses étant égales par ailleurs, les dépenses de santé s'accroîtront proportionnellement au PIB⁶, ce qui

Les dépenses de santé pourraient augmenter à peu près proportionnellement au PIB...

4. Pour se faire une idée de l'ordre de grandeur, il faut savoir qu'en 2003 le coût moyen des soins en institution par personne dépendante aux États-Unis se situait dans une fourchette de 40 000 à 75 000 USD par an [voir Taleyson (2003)].
5. Il est toutefois probable que l'accroissement du taux d'activité aura des retombées positives sur les budgets publics, lesquelles, selon la forme qu'elles prendront, pourraient largement compenser les effets observés sur les dépenses au titre des soins de longue durée.
6. Au niveau macroéconomique, les données économétriques obtenues à partir de séries chronologiques couvrant plusieurs pays laissent penser qu'en ajoutant des tendances temporelles aux équations raccordant les dépenses de santé au PIB par habitant, on obtient des élasticités inférieures ou égales à l'unité [voir OCDE (2006), annexe 2B pour plus de détails]. L'hypothèse d'une relation directement proportionnelle entre l'accroissement des dépenses de santé et la croissance du revenu est également cohérente avec le fait que, sur le long terme, la part des dépenses de santé dans le PIB ne peut pas continuer à augmenter indéfiniment.

... tandis qu'une plus forte croissance pourrait favoriser une diminution des dépenses au titre des soins de longue durée en pourcentage du PIB

implique que l'évolution prévue des dépenses au titre des soins de santé en pourcentage du PIB est indépendante de la croissance économique.

Il n'existe guère d'informations qui permettent d'évaluer empiriquement la sensibilité des soins de longue durée au revenu. *A priori*, toutefois, les soins de longue durée peuvent être perçus comme relevant plus d'une nécessité que les soins de santé et être par conséquent moins sensibles au revenu. Sur la base de cet argument, et faute de données empiriques sur la sensibilité, les prévisions présentées ici s'appuient sur l'hypothèse que les dépenses au titre des soins de longue durée sont indépendantes du revenu et qu'elles ont par conséquent tendance à fléchir en proportion du PIB à mesure que croît l'économie. En fonction des hypothèses de croissance présentées dans l'encadré III.1, cet effet représente une réduction moyenne des dépenses de l'ordre de 0.6 % du PIB au cours de la période 2005-2050. Cette hypothèse donne probablement lieu à un biais dans les prévisions dans le sens d'une sous-estimation de la pression sur les dépenses.

Progrès technologique, élévation des prix et rôle des politiques suivies

Le progrès technologique pourrait gonfler les dépenses...

Le progrès technologique et l'évolution des prix relatifs, qui sont interdépendants, sont des facteurs de nature à peser lourdement sur la progression des dépenses au titre des soins de santé et des soins de longue durée⁷. La contribution du progrès technologique à l'accroissement des dépenses est un effet net de la combinaison de plusieurs facteurs. La découverte de nouveaux traitements peut susciter une plus forte demande de soins de santé. De fait, le « vieillissement en bonne santé » ne tient pas seulement à une amélioration des modes de vie, mais aussi aux progrès des techniques et traitements médicaux⁸. En même temps, si le progrès technologique permet de réaliser des économies et de faire baisser le prix de certains traitements, son impact sur la dépense dépend toutefois de l'élasticité-prix de la demande de soins. Or il existe peu d'informations sur cet aspect.

... tout comme une élévation des prix relatifs...

S'il est vrai que les avancées technologiques peuvent réduire le prix de certains produits et services de santé, le prix des soins de santé et des soins de longue durée tels qu'ils sont habituellement mesurés, ont tendance à augmenter par rapport au niveau général des prix⁹. Cela s'explique par le fait que la production de ces secteurs consiste en des services à la personne qui ne se prêtent que de façon limitée à une croissance de la productivité proportionnelle à celle que l'on peut observer dans le reste de l'économie. Si les salaires dans ce secteur progressent au même rythme que dans les autres secteurs, les prix relatifs des soins augmenteront proportionnellement plus vite. Cette tendance à une élévation des prix relatifs, que l'on qualifie souvent de « maladie des coûts », se manifeste probablement avec plus d'acuité dans le cas des soins de longue

7. Voir les premiers travaux de Fuchs (1972) et de Mushkin et Landefeld (1979). Plus récemment, l'effet du progrès technologique et des prix a suscité un regain d'intérêt, voir Newhouse (1992), KPMG Consulting (2001), Wanless (2001) et Productivity Commission (2005a-b).

8. Voir les travaux de Sheehan (2002) et de Cutler (2001) qui portent sur l'amélioration des modes de vie, et ceux de Jacobzone (2003) sur l'impact des avancées technologiques.

9. Si les prix des soins de santé étaient dûment ajustés pour tenir compte de l'amélioration de la qualité, cette assertion ne se vérifierait pas nécessairement. Une baisse des prix relatifs se traduirait dans ce cas par une augmentation nettement plus rapide de l'offre de services de santé.

durée, qui sont des activités particulièrement consommatrices de main-d'œuvre¹⁰. L'effet de l'évolution des prix relatifs sur la dépense globale dépendra alors de la mesure dans laquelle la hausse des prix se traduit par une moindre demande. Dans la mesure où les soins de longue durée sont perçus comme une nécessité, selon l'argumentation évoquée plus haut, l'élasticité-prix sera probablement faible.

Concrètement, on connaît mal les effets qu'ont pu induire dans le passé le progrès technologique et l'évolution des prix relatifs, d'où une marge d'incertitude assez ample concernant leur incidence dans l'avenir. Dans les prévisions présentées ici, ces effets ont été traités différemment selon qu'il s'agissait des soins de santé ou des soins de longue durée.

... autant d'effets qui sont intégrés dans le scénario « d'accroissement des coûts »...

- En ce qui concerne les soins de santé, le progrès technologique et les prix relatifs ont été considérés comme les moteurs de l'accroissement des dépenses, bien au-delà de ce qui peut être rattaché à l'effet démographique et à l'effet de revenu. Le scénario d'accroissement des coûts s'appuie alors sur l'hypothèse selon laquelle le progrès technologique et les prix relatifs continueront d'exercer les mêmes effets que par le passé. Entre 1981 et 2002, les dépenses publiques de santé se sont accrues en valeur réelle de 3.6 % par an en moyenne dans les pays de l'OCDE. Compte tenu d'une croissance moyenne du revenu de 2.3 % et d'un effet démographique estimé à 0.3 point, l'effet du progrès technologique et des prix relatifs s'établit selon les estimations à 1 point par an. Ainsi, dans la période sur laquelle portent les prévisions, les dépenses de santé dans le scénario de maîtrise des coûts ont augmenté de 1 point de pourcentage plus vite que ne le laissaient supposer l'effet démographique et l'effet de revenu du fait de l'impact du progrès technologique et de l'évolution des prix relatifs. Cet impact devrait entraîner une hausse des dépenses équivalant à 3.2 % du PIB sur la période 2005-2050.
- S'agissant des soins de longue durée, le scénario de maîtrise des coûts part de l'hypothèse selon laquelle les prix relatifs et les soins de longue durée évoluent parallèlement à la croissance moyenne de la productivité dans l'économie. Cela revient à postuler une croissance nulle de la productivité dans ce secteur et, en l'absence de tout effet de la demande venant contrebalancer le phénomène, suppose une hausse équivalant à 1.5 % du PIB sur la période 2005-2050.

Ces effets sont considérés comme un prolongement des tendances observées jusqu'ici, et le scénario d'accroissement des coûts correspondant peut donc être interprété comme un scénario reproduisant les tendances actuelles, c'est-à-dire où les mesures adoptées n'ont pas plus d'efficacité pour réduire les coûts qu'elles n'en ont eu dans le passé. Le scénario de « maîtrise des coûts », en revanche, suppose une action des pouvoirs publics plus efficace, mais non spécifiée, de nature à infléchir partiellement le schéma susmentionné d'accroissement des dépenses. Plus précisément :

... mais dans une moindre mesure dans le scénario de « maîtrise des coûts »

- Dans le cas des soins de santé, la dérive autonome des dépenses associée à l'évolution du progrès technologique et des prix relatifs disparaîtrait

10. Voir les travaux de Baumol (1967) et (1993). Si « l'effet Baumol » jouait à plein, il n'y aurait pas de gains de productivité dans le secteur des soins de longue durée et les salaires évolueraient parallèlement à la productivité moyenne du travail dans l'économie (variable auxiliaire représentative de la croissance des salaires). En partant de l'hypothèse d'une relative inélasticité de la demande de soins de longue durée par rapport aux prix, la part des dépenses consacrée aux soins de longue durée dans le PIB augmenterait donc régulièrement au fil du temps.

progressivement de sorte qu'en 2050, la croissance des dépenses ne serait plus déterminée que par les effets démographiques et de revenu. Cela étant, l'évolution du progrès technologique et des prix relatifs contribuerait encore à hauteur de 1.4 point à l'accroissement de la part du PIB consacrée aux dépenses de santé.

- En ce qui concerne les soins de longue durée, les prix relatifs ne sont censés augmenter que de l'équivalent de la moitié de la croissance de la productivité dans l'économie. Dans ce cas, l'effet se traduirait par une poussée à la hausse des dépenses égale à 0.6 % du PIB au cours de la période 2005-2050.

Équilibrage des risques et conséquences pour l'action publique

Les prévisions sont peut-être optimistes...

Comme indiqué plus haut, les prévisions semblent relativement peu sensibles à une modification de chacune des hypothèses prises isolément. Par contre, une modification dans le même sens de plusieurs hypothèses altère sensiblement les résultats. Il est sans doute plus fréquent que cette accumulation de risques joue dans le sens d'un gonflement des dépenses, dont les déterminants seraient les suivants : l'allongement de la période vécue en mauvaise santé avant le décès du fait de la plus grande longévité, l'accroissement de la dépendance eu égard à l'évolution actuelle de l'obésité, les coûts supérieurs aux prévisions induits par les progrès techniques des traitements médicaux et une expansion de la demande de soins de longue durée du fait de l'élévation du revenu, un plus grand nombre de personnes souhaitant des soins de meilleure qualité.

... or, même si elles ne le sont pas, les enjeux pour les pouvoirs publics sont de taille...

Même si ces risques de pression à la hausse ne se concrétisent pas, les prévisions relatives aux dépenses n'en font pas moins apparaître des enjeux de taille. Des enjeux d'autant plus lourds de conséquences que l'on connaît aujourd'hui les limites des mesures macroéconomiques de maîtrise des coûts, qui avaient eu quelques résultats sur l'évolution des dépenses dans les années 80 et 90 (voir l'appendice). Il est ainsi difficile de contenir les salaires et en même temps d'attirer dans le système des jeunes compétents. De la même manière, il n'est pas facile de contrôler les prix lorsque les avancées techniques font naître en permanence de nouveaux produits et traitements. Par ailleurs, un contrôle des prix n'est pas nécessairement souhaitable dans la mesure où il peut freiner la mise au point de traitements nouveaux ou l'amélioration des traitements existants. Globalement, les contraintes exercées sur l'offre sont à l'origine de listes d'attente fort impopulaires. De façon plus générale, il est malaisé de déterminer quelle doit être l'offre de services en matière de soins de santé et de soins de longue durée sans signaux du marché – mais d'un autre côté, ce sont des secteurs où les défaillances du marché ne sont pas rares.

... et les réponses n'ont rien d'évident

Dans ces conditions, il est difficile de donner des orientations qui permettent aux pouvoirs publics de faire plus que de tenter de remédier aux défaillances du marché et, dans la mesure du possible, de favoriser le jeu des mécanismes de marché. De fait, l'exercice est encore compliqué du fait de la grande diversité des institutions d'un pays à l'autre. À terme, les avancées technologiques innovantes ou propres à améliorer les soins de santé demeureront probablement l'un des principaux déterminants de la dépense. Il ne serait nullement souhaitable de freiner l'évolution technologique qui améliore le bien-être individuel, mais l'équilibre entre les coûts et les avantages des nouveaux traitements devra être constamment réexaminé. L'évolution démographique est un autre facteur qui pèse sur la dépense, face auquel les pouvoirs

publics sont relativement impuissants. En revanche, dans la mesure où les politiques menées peuvent favoriser l'efficacité des soins de santé et des soins de longue durée, il est possible de contenir l'augmentation des prix relatifs dans ce secteur. Cela suppose la mise en place par les pouvoirs publics de dispositifs visant en priorité à améliorer l'efficacité par rapport aux coûts au niveau microéconomique. Enfin, il s'agit également de déterminer quels doivent être les rôles respectifs des secteurs public et privé dans la prestation et le financement des services. En tout état de cause, il est probable que les soins de santé et les soins de longue durée resteront dans le proche avenir en première ligne des préoccupations des pouvoirs publics.

Appendice

Politiques de maîtrise des coûts dans les pays de l'OCDE : vue d'ensemble

Face à la croissance insoutenable des dépenses de santé au cours des années 60 et 70, les gouvernements ont d'abord essayé de contenir celles-ci en recourant à divers types de restrictions macroéconomiques. Ces politiques ont souvent elles-mêmes engendré des problèmes de redistribution. Le contrôle des salaires et des prix a eu des conséquences négatives sur l'offre de soins de santé, tandis que l'imposition de restrictions en matière de dépenses a aussi dissuadé les prestataires d'accroître leur production ou d'améliorer leur productivité.

Au cours de la période récente, l'attention s'est tournée vers l'amélioration de l'efficacité avec laquelle les soins sont assurés. Néanmoins, si la croissance des dépenses s'est considérablement ralentie au cours des deux dernières décennies, d'après un certain nombre de tests statistiques l'imposition de plafonds budgétaires et les autres mesures de limitation des dépenses ne semblent pas avoir eu beaucoup d'effet. Dans certains cas, la réduction des coûts des soins de santé s'est traduite par un transfert de dépenses dans d'autres domaines, comme les soins de longue durée. Cette tendance est confirmée par le fait que les pays qui ont le mieux maîtrisé leurs dépenses de soins de santé sont aussi ceux où les dépenses au titre des soins de longue durée ont augmenté le plus rapidement¹¹.

Initiatives macroéconomiques de maîtrise des coûts

Des mesures ont été prises pour maîtriser l'évolution des salaires dans les systèmes publics intégrés, aussi bien dans le secteur hospitalier que dans le secteur des soins ambulatoires où le personnel de santé est salarié [Danemark (hôpitaux), Finlande, Irlande (hôpitaux), Espagne, Royaume-Uni et Suède (hôpitaux)]. Loin de se limiter au secteur de la santé, ces mesures se sont inscrites dans le cadre de restrictions plus générales touchant le secteur public.

Des mesures de contrôle des prix ont été largement utilisées, en particulier dans des domaines où les pouvoirs publics fixent les prix par voie administrative ou exercent un contrôle sur les prix convenus entre les acheteurs et les prestataires de soins de santé. Un certain nombre de pays ont directement fixé des tarifs (Australie, Belgique, France, Japon, Luxembourg et Canada). Dans d'autres, les prix ont été automatiquement ajustés en cas de dépassement d'un certain volume, de manière à respecter un plafond budgétaire [Allemagne (soins ambulatoires), Autriche (soins hospitaliers), Hongrie (soins ambulatoires), et Belgique (réforme récente)]. La fixation des prix par voie administrative est probablement la formule qui a été le plus utilisée pour les produits pharmaceutiques.

La limitation, dans la plupart des pays, de l'accès aux facultés de médecine est un facteur qui influe de façon importante sur la croissance des effectifs de professionnels de la santé. Le nombre de nouveaux médecins par habitant a ainsi diminué. Le personnel auxiliaire a aussi diminué (Canada, Suède). Les mesures prises pour limiter l'offre ont même conduit à des pénuries dans certains pays comme le Canada, le Royaume-Uni et le Danemark, et les listes d'attente sont désormais courantes dans

11. Cet appendice s'inspire dans une très large mesure des travaux de Docteur et Oxley (2003).

tous les pays de l'OCDE. Dans des pays comme la Corée, la Finlande et la France, des pressions à la hausse commencent à s'exercer sur les rémunérations.

La politique en matière de services hospitaliers a encouragé une réduction du nombre de lits par habitant et a concentré les soins aigus dans les grands centres hospitaliers, de manière à permettre des économies d'échelle et d'envergure. Néanmoins, le nombre de lits de soins aigus par habitant reste relativement élevé dans certains pays (comme l'Allemagne, l'Autriche, la Hongrie, la République slovaque et la République tchèque).

Des plafonds budgétaires et d'autres mesures de contrôle budgétaire ont été largement utilisés pour maîtriser les dépenses. En général, les mesures de contrôle et de restructuration de l'offre et le plafonnement des dépenses semblent avoir été plus efficaces pour maîtriser les dépenses dans le secteur hospitalier que dans le cas des soins ambulatoires ou des produits pharmaceutiques. La maîtrise des dépenses au moyen de plafonds budgétaires semble aussi avoir été particulièrement fructueuse dans des pays comme le Danemark, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni où des modèles intégrés de financement et de fourniture des soins de santé sont (ou étaient) la règle, ainsi que dans les pays où il n'y a généralement qu'un seul financeur, comme le Canada, dont les budgets de la santé sont en général définis de façon explicite dans le contexte du processus budgétaire.

Le partage des coûts est de plus en plus répandu depuis les années 80 et, surtout, depuis les années 90. Il concerne surtout les produits pharmaceutiques, tandis que la participation financière des patients est moins courante pour les hospitalisations et les consultations (Suède, Italie, France). Cette situation tient vraisemblablement à une plus grande élasticité-prix dans le cas des produits pharmaceutiques que dans celui des soins ambulatoires et, surtout, des soins hospitaliers.

Améliorer l'efficacité au niveau microéconomique

Les soins ambulatoires revêtent une grande importance pour l'efficacité et l'efficacité globales des systèmes de soins de santé ; ils constituent habituellement le point où s'établit le premier contact entre le patient et le personnel de santé, et ils sont généralement moins coûteux que les soins hospitaliers. La fonction de filtrage des médecins généralistes a été encouragée dans certains pays (Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Norvège, États-Unis et France). Dans les pays d'Europe orientale, les soins ambulatoires, qui relevaient jusque-là du secteur public, ont été confiés à des cabinets privés au cours des années 90 et sont désormais financés, dans certains cas, sur la base de la capitation.

Les réformes du secteur hospitalier visent tout d'abord à assurer une séparation entre les acheteurs et les prestataires dans les systèmes publics intégrés. Les acheteurs/financeurs de soins de santé sont responsables devant les autorités budgétaires de la maîtrise des coûts et, devant les patients, de la qualité et de l'accessibilité des soins. Un nombre significatif de pays dotés de systèmes intégrés se sont engagés dans cette direction (Australie, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Suède, Italie, Portugal et, plus récemment, Grèce). Les acheteurs jouent aussi un rôle plus actif dans les pays qui recourent à des contrats publics (Allemagne, Belgique). Leur rôle a également été renforcé aux États-Unis. Certaines activités pouvant être assurées de façon plus économique par des prestataires indépendants sont de plus en plus externalisées. Enfin, un nombre limité de pays (États-Unis, Royaume-Uni, Suède, République tchèque et Nouvelle-Zélande) ont essayé de développer la concurrence entre les hôpitaux afin de les inciter à améliorer leur efficacité, leur qualité et leur réactivité.

BIBLIOGRAPHIE

- Baumol, W.J. (1967), « Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis », *American Economic Review* 57.
- Baumol, W.J. (1993), « Health Care, Education and the Cost of Disease: A Looming Crisis for Public Choice », *Public Choice* 77:17-28.
- Burniaux, J-M., R. Duval et F. Jaumotte (2003), « Coping with Ageing: A Dynamic Approach to Quantify the Impact of Alternative Policy Options on Future Labour Supply in OECD Countries », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 371.
- Comas-Herrera et R. Wittenberg (dir. publ.) (2003), *European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the Sensitivity of Projections of Future Long-Term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to Changes in Assumptions About Demography, Dependency, Informal Care, Formal Care and Unit Costs*, PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics.
- Cutler, D. (2001), « The Reduction in Disability among the Elderly », *Proceedings of the National Academy of Science*, vol. 98, n° 12.
- Docteur, E. et H. Oxley (2003), « Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 374.
- Fuchs, V. (1972), *Essays in the Economics of Health and Medical Care*, National Bureau of Economic Research, New York.
- Gonand, F. (2005), « Assessing the Robustness of Demographic Projections in OECD Countries », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 464.
- KPMG Consulting (2001), *Impact of New Technology on Victorian Public Hospital Costs*, Report to the Victorian Department of Human Services (Australie), septembre.
- Jacobzone, S. (2003), « Ageing and the Challenges of New Technologies: Can OECD Social and Health Care Systems Provide for the Future? », *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 28, n° 2.
- Mushkin, E.P. et J.S. Landefeld (1979), *Biomedical Research: Costs and Benefits*, Ballinger Publishing Company, Cambridge, Massachusetts.
- Newhouse (1992), « Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, n° 3.
- OCDE (2006), « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the Main Drivers? », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 477.
- Oliveira Martins, J., F. Gonand, P. Antolin, C. de la Maisonneuve et K. Yoo (2005), « The Impact of Ageing in Demand, Factor Markets and Growth », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 420.
- Productivity Commission (2005a), *Economic Implications of an Ageing Australia*, Research Report, Canberra.
- Productivity Commission (2005b), *Impacts of Medical Technology in Australia*, Progress Report, Melbourne, avril.
- Sheehan, P. (2002), « Health Costs, Innovation and Ageing », *Pharmaceutical Industry Working Paper Series*, n° 9, Centre for Strategic Economic Studies, Victoria University of Technology, Melbourne.
- Taleyson, L. (2003), « Private Long-term Care Insurance – International Comparisons », *Health and Ageing*, n° 8, Geneva Association Information Newsletter, mars.
- Wanless, D. (2001), *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View*, Interim Report, HM Treasury, Londres.

Chapitres spéciaux parus dans les derniers numéros des *Perspectives économiques de l'OCDE*

N° 78, décembre 2005

Le rôle des fondamentaux dans l'évolution récente des prix des logements

N° 77, juin 2005

Mesurer et évaluer l'inflation sous-jacente

N° 76, décembre 2004

Évolution des prix du pétrole : moteurs, conséquences économiques et ajustement des politiques
Comportement d'épargne et efficacité de la politique budgétaire

N° 75, juin 2004

Marchés du logement, patrimoine et cycle économique
Les enjeux de la réduction du déficit de la balance courante des États-Unis
Cycle des prix actifs, facteurs exceptionnels et soldes budgétaires
Renforcer la convergence des revenus en Europe centrale après les adhésions à l'Union européenne

N° 74, décembre 2003

Cyclicité de la politique budgétaire : le rôle de la dette, des institutions et des contraintes budgétaires
Relations financières entre l'État et les collectivités territoriales
Dépenses publiques : améliorer le rapport coûts-résultats

N° 73, juin 2003

Après la bulle des télécommunications
Politiques structurelles et croissance
Tendances de l'investissement direct étranger dans les pays de l'OCDE
Restrictions à l'investissement direct étranger dans les pays de l'OCDE
Incidences des politiques sur l'investissement direct étranger

N° 72, décembre 2002

Soutenabilité budgétaire : le rôle des règles
La contribution d'une retraite plus tardive à la croissance de l'emploi
Concurrence sur les marchés de produits et performance économique
La persistance de l'inflation dans la zone euro

N° 71, juin 2002

Conséquences économiques du terrorisme
Les changements en cours du cycle économique
Échanges intra-branche et intra-groupe et internationalisation de la production
Productivité et innovation : incidence des politiques sur les marchés du travail et des produits
Instabilité des marchés de change et taxes sur les opérations financières