La santé, un bien supérieur ?

Michel HUSSON

La croissance rapide des dépenses de santé est l'un des arguments souvent invoqués pour justifier la nécessité de réformes. Cet article vise à dresser un panorama de cette évolution dans les pays développés, à examiner ses déterminants, tels que les repère l'économie de la santé, et à avancer quelques considérations méthodologiques critiques.

L'évolution des dépenses

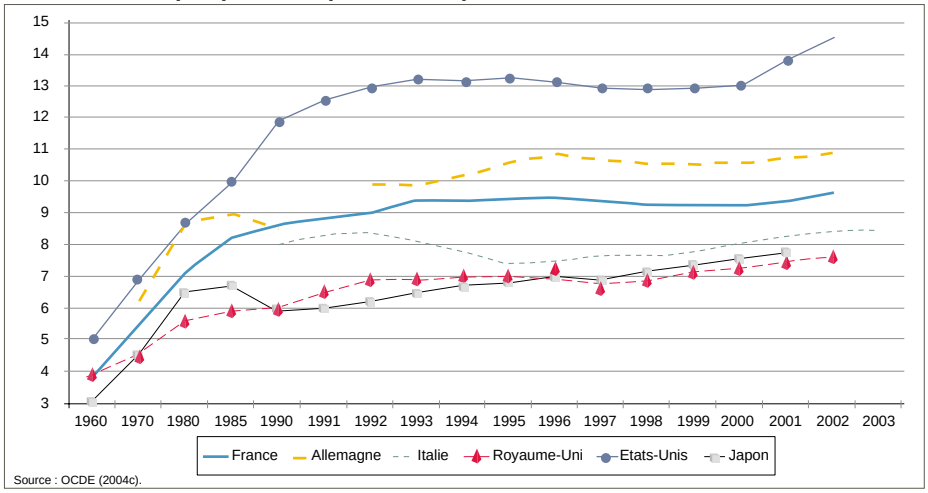
Sur longue période, les dépenses de santé tendent à croître plus vite que le PIB dans la plupart des pays. Autrement dit, leur part dans le PIB augmente à peu près tendanciellement (graphique 1). Cette croissance a été particulièrement forte au cours des cinq dernières années documentées (1997-2002) : la part des dépenses de santé dans le PIB est passée de 7,8 % à 8,5 % pour l'ensemble de l'OCDE. Cette évolution tranche avec celle des cinq années précédentes (1992-1997) durant lesquelles la part des dépenses de santé dans le PIB était restée pratiquement inchangée (OCDE, 2004a).

C'est aux Etats-Unis que cette évolution est la plus marquée, puisque les dépenses de santé y ont connu une progression 2,3 fois plus rapide que celle du PIB, contre 1,7 fois pour les autres pays de l'OCDE (graphique 2). En valeur absolue, la dépense de santé a atteint 5267 dollars par habitant aux Etats-Unis en 2002, alors que la moyenne de l'OCDE était de 2144 dollars (graphique 3). C'est environ 10 fois plus que dans un pays comme le Mexique (533 dollars).

Comme l'OCDE (2004a) le fait remarquer, cette croissance des dépenses de santé « reflète en partie la politique délibérée menée dans certains pays comme le Royaume-Uni et le Canada pour relâcher la pression découlant des mesures de maîtrise des coûts qui avaient été prises vers le milieu des années 1990 ».

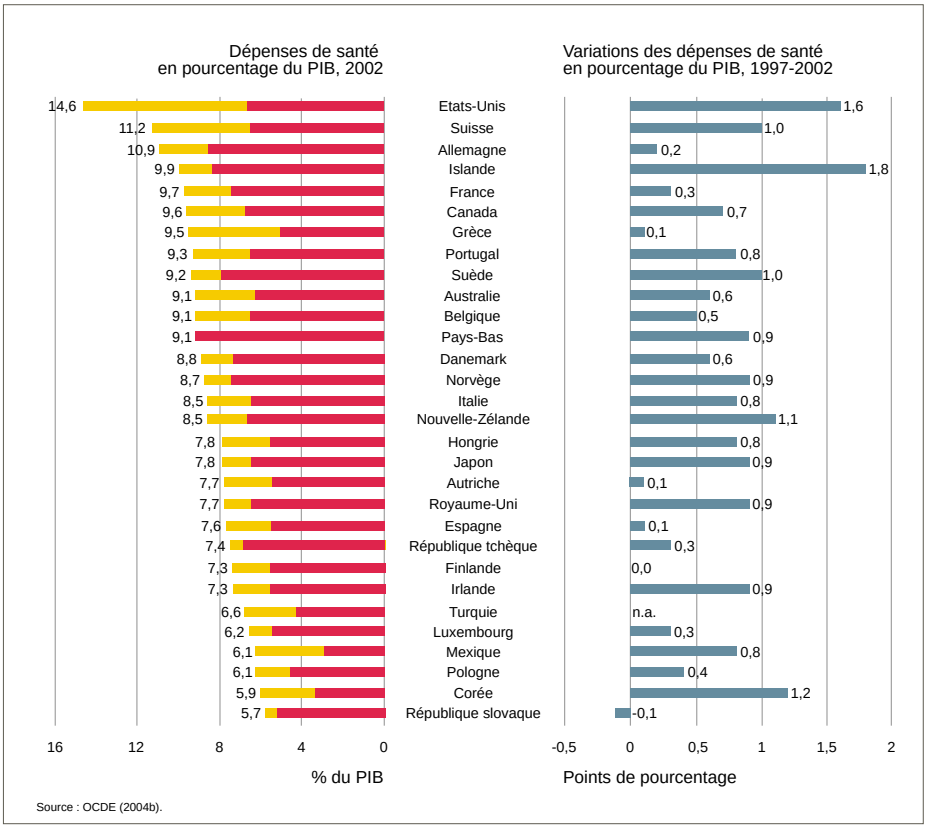
Les différentes sources de financement ne sont pas également concernées. Les dépenses publiques de santé représentent la forme majoritaire de financement dans la plupart des pays de l'OCDE : leur part s'échelonne de 53 % en Grèce à 89 % en Slovaquie (76 % dans le cas français). Les Etats-Unis, avec seulement 44 % de dépenses publiques constituent l'exception majeure, avec la Corée (44 %) et le Mexique (48 %). Cette part des dépenses publiques a certes augmenté légèrement dans un certain nombre de pays (notamment l'Italie et la Suisse), mais elle est restée en moyenne pratiquement inchangée, de telle sorte que l'on ne peut leur imputer une responsabilité particulière dans la progression des dépenses. L'OCDE salue au passage le souci des

Graphique 1. La part des dépenses de santé dans le PIB



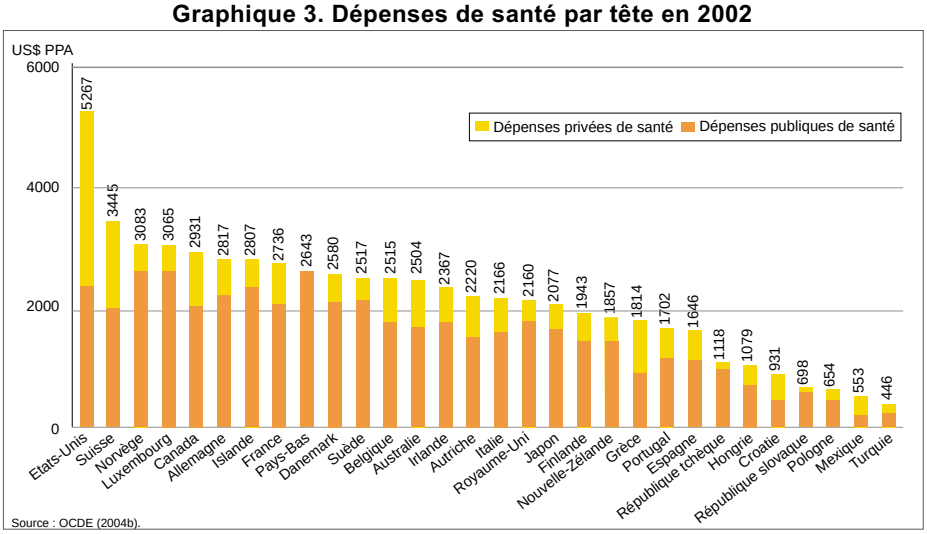
Source : OCDE (2004c).

Graphique 2. Evolution des dépenses de santé 1997-2002

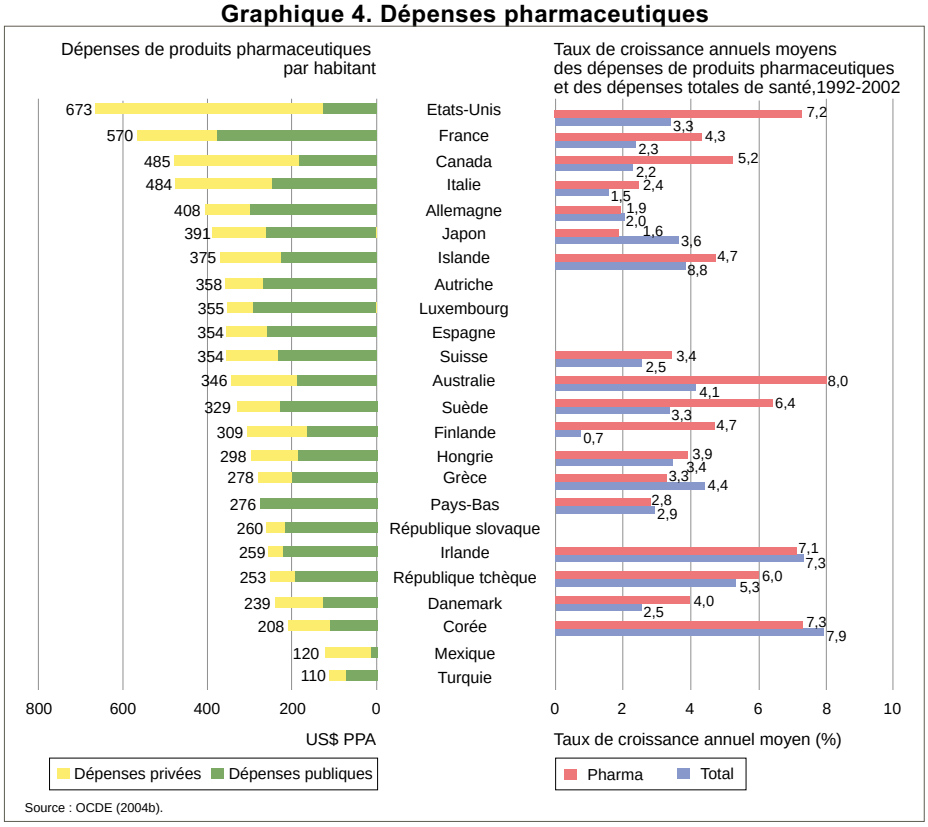


Source : OCDE (2004b).

Graphique 3. Dépenses de santé par tête en 2002



Graphique 4. Dépenses pharmaceutiques



pouvoirs publics de « concilier les préoccupations économiques et les préoccupations de santé ».

Les dépenses pharmaceutiques, qui s'échelonnent entre 9 et 37 % des dépenses de santé, ont progressé, toujours sur la période 1997-2002, à un taux annuel moyen égal à 1,3 fois celui du total des dépenses de santé. Cette catégorie de dépenses est celle qui fait apparaître les plus grandes variations d'un pays à l'autre, bien supérieures à celles des dépenses moyennes (graphique 4). La France occupe le second rang du point de vue de la consommation pharmaceutique (570 dollars par tête) juste derrière les Etats-Unis (673 dollars) et ce poste y représente 21 % des dépenses de santé, contre 13 % aux Etats-Unis. En revanche, les programmes de prévention et de promotion de la santé publique ne représentent toujours que 2,8 % des dépenses totales de santé pour l'ensemble des pays de l'OCDE.

Déterminants de la croissance des dépenses

Dans un article fondateur, Newhouse (1977) établissait que le niveau de revenu expliquait 92 % des différences des dépenses de santé entre pays, et que leur élasticité au revenu était supérieure à l'unité. Il en concluait que les autres facteurs, comme les modes de paiement et de remboursement étaient d'importance secondaire, et que les soins de santé étaient un « bien supérieur » (*luxury good*). Ces résultats sont restés assez solides dans le temps. Plus tard, Newhouse (1992) introduira l'influence de la « technologie » pour expliquer la croissance des dépenses de santé. Cet itinéraire est représentatif du cours de la littérature, que Gerdtham et Jönsson (2000) ont récemment passée en revue. Les principaux résultats de cette investigation sont les suivants :

- les effets de la structure par âge de population et du taux de chômage sont en général non significatifs ;
- le filtrage par les médecins référents (*gate keepers*) semble modérer les dépenses de santé ;
- les systèmes avec capitation (où le praticien reçoit une rétribution fixe par patient) tendent à réduire les dépenses de santé ;
- la part de l'hospitalisation dans les dépenses de santé est liée positivement au niveau de dépense ;
- l'offre publique de soins conduit à une dépense de santé moins élevée.

Ce bilan global invite à approfondir les différents axes d'explication.

Les systèmes de santé

L'une des questions essentielles de l'économie de la santé porte sur l'influence de la logique des systèmes de santé sur les dépenses. Une étude récente (Bac 2004) permet de faire le point sur cette discussion et sur la manière dont elle est menée par les économistes de la santé. Elle est menée en deux étapes. Dans un premier temps est estimé un modèle classique, où la croissance des dépenses de santé est expliquée par l'évolution du PIB et des prix relatifs. Cette équation, estimée sur trente ans et sept pays, montre que les dépenses de santé suivent l'évolution du PIB, avec deux effets complémentaires. Le premier est celui du prix relatif des soins : une baisse d'un point conduit, toutes choses égales par ailleurs, à un freinage de 0,73 point de la croissance des dépenses. Le second est la croissance autonome, spécifique à chaque pays, autrement dit celle qui résiste aux arguments classiques de ce modèle de référence.

Pour réduire cette indétermination, sont introduites tour à tour quatre variables caractéristiques des systèmes de santé, afin de mieux expliquer cette croissance autonome des dépenses de santé. L'exercice conduit aux résultats suivants :

– une hausse de 1 point de la part des dépenses à la charge des ménages conduit, toutes choses égales par ailleurs, à une baisse de 1,4 % des dépenses de santé. Mais l'auteur souligne que cette estimation porte sur de petites variations, qu'on pourrait difficilement l'extrapoler à des réformes radicales ;

– la densité médicale a un effet positif et significatif sur les dépenses de santé. L'introduction de cette variable détériore la significativité de la tendance temporelle, ce qui suggère que la croissance de la densité médicale contribuerait significativement à la croissance des dépenses ;

– le mode de rémunération des médecins a lui aussi des effets sensibles. La croissance autonome des dépenses apparaît deux fois moins rapide dans le système à la capitation : 0,55 % par an, contre 1,1 % par an pour le paiement à l'acte. On obtient un résultat similaire en prenant en compte les pays où le médecin référent sert de porte d'entrée obligatoire au système ;

– l'impact du type de système de santé (encadré 1) permet lui aussi de distinguer les pays. Par rapport à l'équation de référence, le principal résultat concerne les pays à système contractuel (Allemagne et Pays-Bas) pour lesquels la croissance autonome devient négligeable si on les distingue des autres pays. Ce type de système serait donc plus économe en dépenses de santé. Ces résultats sont cependant assez fragiles. Une étude précédente (Mahieu 2000) ne permettait pas quant à elle de distinguer les systèmes intégrés des systèmes contractuels et évaluait à 0,6 point le surcroît de croissance autonome des systèmes à remboursement. Ce résultat est le seul qui soit commun aux deux études.

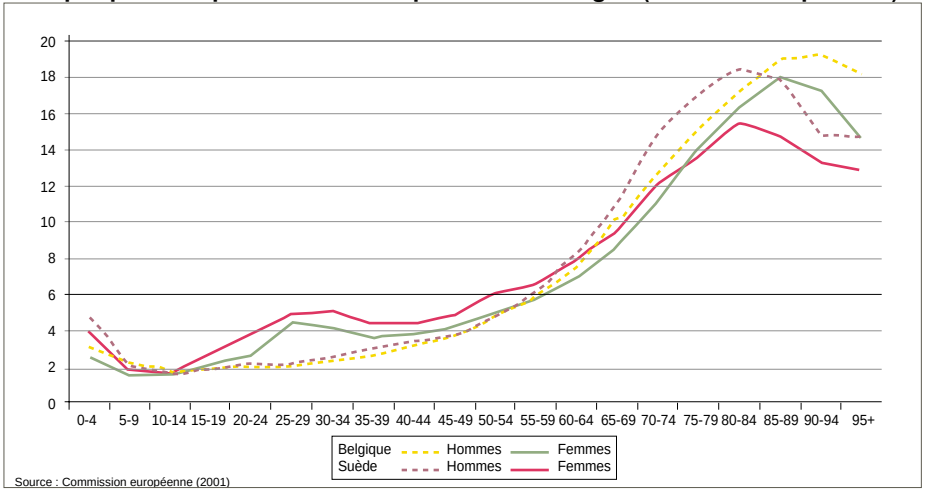
Vieillissement

On pourrait penser que le vieillissement (défini par les démographes comme l'augmentation de la part de la population âgée de plus de 65 ans) est un déterminant essentiel de la croissance des dépenses. Cependant les études comparatives n'arrivent pas à mettre en lumière un tel effet. Si l'on prend les Etats-Unis comme référence, on constate que bien des pays à la population plus âgée dépensent beaucoup moins pour la santé. En 1997, les Etats-Unis dépensaient pour la santé 12 090 dollars par personne âgée (plus de 65 ans) contre 4993 dollars en Allemagne et 3612 au Royaume-Uni. L'économétrie la plus sophistiquée ne réussit pas à rendre compte de ces différences (Reinhardt *et alii*, 2002).

La difficulté à repérer un effet rétrospectif du vieillissement ne signifie pas qu'il n'existe pas. Il est d'ailleurs mobilisé dans les exercices de projection des dépenses de santé qui utilisent une autre information, portant sur la structure par âge des dépenses de santé. Ce profil est fortement typé (graphique 5) et similaire dans tous les pays développés : on y distingue clairement les dépenses associées à la petite enfance et à la maternité. Ensuite, la courbe augmente régulièrement avec l'âge pour redescendre un peu dans les tranches d'âge plus élevées, pour lesquelles les dépenses liées à l'invalidité et à l'accueil (non prises en compte ici) prennent en partie le relais.

On peut alors mesurer la contribution du vieillissement en appliquant ce profil de dépenses par âge à la distribution pro-

Graphique 5. Dépenses de santé par tranche d'âges (en % du PIB par tête)



Source : Commission européenne (2001)

jetée de la population selon l'âge. On trouve alors que cette contribution est positive mais relativement modérée. Dans le cas français, les dernières évaluations disponibles prévoient que le vieillissement ferait augmenter les dépenses de santé (hors dépendance et réhabilitation) de 0,9 point de PIB entre 2000 et 2020 (Grignon, 2003) ou de 2,2 points de PIB entre 2000 et 2050 (Bac, 2004). Le tableau 1 présente ces projections pour les principaux pays : on constate que la croissance des dépenses induite par le vieillissement est « significative mais pas explosive », pour reprendre les termes de son auteur.

Mais cette projection doit être tempérée par la modification des profils de dépenses qui obéit à des déterminations complexes et contradictoires, et qui est « largement affaire de choix et d'arbitra-

Tableau 1. Dépenses publiques de santé 2000-2050

	Dépenses en % du PIB		Variation en points de PIB
	2000	2050	2000-2050
Allemagne	8,0	10,5	+2,5
Espagne	5,4	5,4	+2,2
France	7,1	9,3	+2,2
Italie	6,0	7,9	+1,9
Pays-Bas	5,5	6,7	+1,2
Royaume-Uni	5,9	7,3	+1,4
Suède	7,1	8,5	+1,4
Etats-Unis*	13,1	16,1	+3,0

* Dépenses totales.
Source : Bac (2004).

Encadré 1.

Typologie des systèmes de santé

L'économie de la santé distingue traditionnellement trois modèles de système de santé.

– Le modèle *public intégré*, représentatif du système existant dans les pays nordiques comme la Suède, au Royaume-Uni, en Italie et en Espagne. Il est caractérisé par un financement essentiellement public, une couverture universelle de la population, un service hospitalier public dont le personnel fait partie de l'emploi public salarié. Les praticiens sont soit salariés, soit rémunérés à la capitation.

– Le modèle de *contrat public* concerne principalement l'Allemagne et les Pays-Bas. Les assureurs (le plus souvent publics) passent des contrats avec des fournisseurs de soins privés. L'assurance des individus est fonction de leur revenu : l'assurance publique obligatoire couvre les bas revenus, tandis que les plus hauts revenus s'affilient volontairement à une caisse privée. Le mode de rémunération des praticiens peut être à l'acte comme en Allemagne, soit à la capitation ou à l'acte comme aux Pays-Bas.

– Le modèle de *remboursement* est le modèle dominant aux Etats-Unis et en France pour les soins de ville. L'assurance peut être privée comme aux Etats-Unis, ou publique comme en France, et les producteurs de soins sont pour la plupart privés à but lucratif. Le mode de rémunération des praticiens est généralement à l'acte. La différence principale du système américain par rapport aux systèmes européens concerne la couverture de la population. Elle est quasi complète en Europe, alors qu'aux Etats-Unis, elle repose en grande partie sur l'assurance privée.

Sources : Bac (2004) ; Oxley & MacFarlan (1994).

ges sociaux » (Grignon, 2003). Il n'y a donc pas d'effet mécanique du vieillissement sur la dépense globale : « Si l'allongement de la vie s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé, l'accroissement de la proportion de personnes âgées conduira à une augmentation moindre de la dépense par tête. Réciproquement, si l'amélioration de l'état de santé par âge est « achetée » par un accroissement de l'intensité des soins, l'augmentation de la proportion de personnes âgées pourrait se traduire par une augmentation forte de la dépense par tête » Grignon (2003).

Les prix relatifs

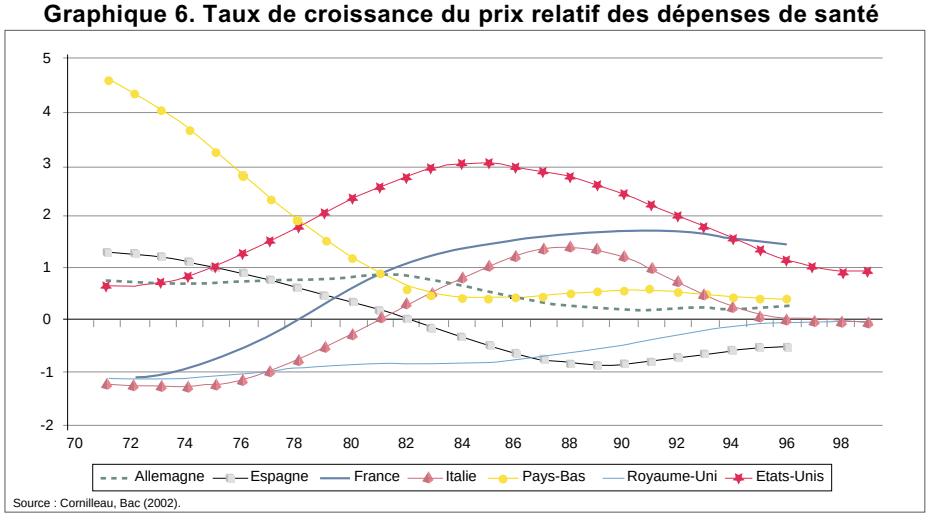
L'augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB peut provenir d'une progression plus ou moins rapide du « volume » de ces dépenses ou de leur prix relatif. Les pays de l'OCDE présentent de ce point de vue des profils contrastés (graphique 6). En France, par exemple, le prix relatif des biens de santé a longtemps baissé. Les Etats-Unis présentent une configuration inverse, puisque la hausse des prix relatifs explique à peu près intégralement la progression des dépenses de santé. Cornilleau et Bac (2002) décèlent la pré-

sence d'un mécanisme de substitution entre volumes et prix, tout en soulignant la difficulté de l'interpréter compte tenu de la diversité et de l'arbitraire des conventions comptables nécessaires pour établir ce partage entre volumes et prix qui intègrent les revenus des praticiens.

Les effets d'offre

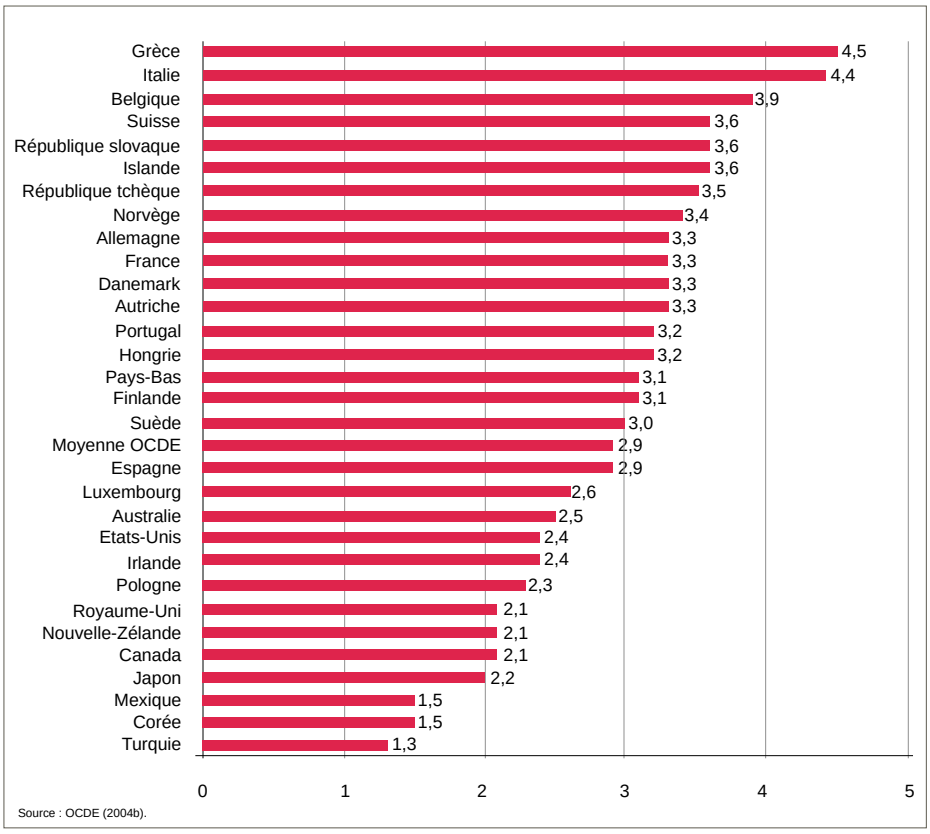
Toute une ligne d'interprétation consiste à mobiliser les effets d'offre. L'une des études qui va le plus loin dans ce sens (Blomquist, Carter 1997) introduit la notion de « fonction de production des services de santé ». Dans la mesure où la santé est un bien relativement intensif en travail (*labour intensive*), son prix va avoir tendance à augmenter avec le niveau de revenu et c'est donc cette caractéristique qui permet de comprendre la progression des dépenses de santé et conduirait, à tort, à considérer la santé comme un bien supérieur. Comme on l'a vu, la méthode retenue par ce type d'études consiste à rapporter la croissance « autonome » – celle dont les facteurs de demande ne réussissent pas à rendre compte – à des facteurs d'offre. Mais les résultats obtenus sont fragiles et, en outre, cette ligne d'interprétation est contestable, pour des raisons méthodologiques qui seront examinées plus loin, mais aussi parce qu'elle peine à rendre compte des spécificités nationales. Il suffit d'examiner les données concernant l'une des variables généralement utilisées, à savoir le nombre de médecins par habitant pour constater que le classement des pays selon ce critère est spectaculairement déconnecté de leur niveau relatif de dépenses. Des pays comme la Grèce, l'Italie ou la Slovaquie disposent d'une densité de médecins largement supérieure à la moyenne, sans que cela se reflète sur le niveau de dépenses de santé. En sens inverse, le nombre de médecins par habitant est significativement moins élevé dans des pays comme le Canada, le Japon ou l'Irlande (graphique 7).

Graphique 6. Taux de croissance du prix relatif des dépenses de santé



Source : Cornilleau, Bac (2002).

Graphique 7. Médecins en activité pour 1000 habitants, 2002



Source : OCDE (2004b).

Performances et dépenses publiques

Les dépenses de santé sont-elles efficaces ? Autrement dit, les pays qui dépensent le plus (par habitant) présentent-ils les meilleures performances de santé ? Pour éclairer cette question, on utilisera deux indicateurs disponibles grâce à l'étude de référence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2000) :

- l'espérance de vie (corrigée en fonction des années d'invalidité) ;

- la performance globale du système de santé : il s'agit d'un indicateur composite calculé par l'OMS qui complète le précédent selon plusieurs critères (niveau et distribution de la santé, degré et distribution de la réactivité, équité de la contribution).

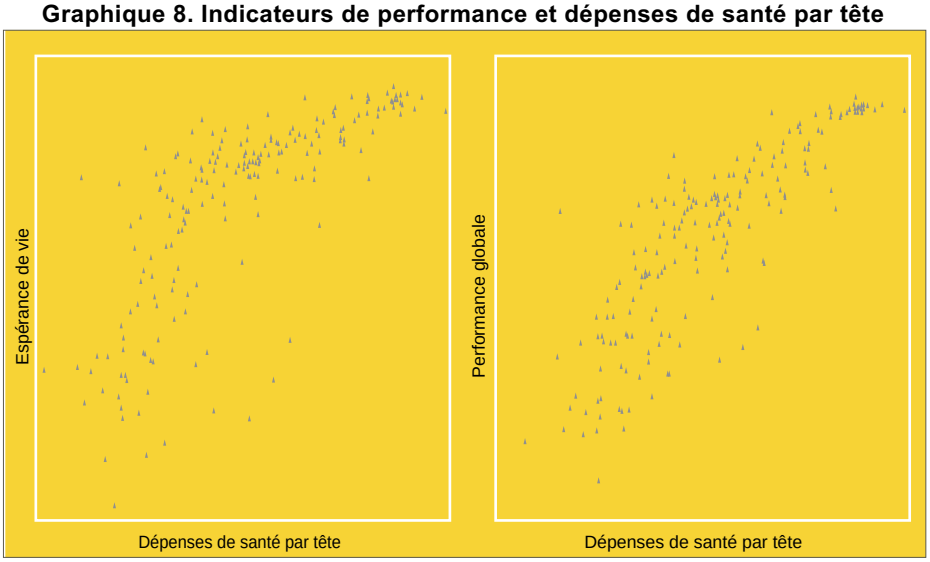
Dans les deux cas, on constate une corrélation significative entre les performances et le niveau des dépenses de santé par tête (graphique 8). Cependant cette corrélation est loin d'être parfaite. L'espérance de vie, qui mesure en quelque sorte l'efficacité « technique » du système de santé, augmente avec le niveau des dépenses de santé, mais, passé un seuil relativement bas (125 dollars internationaux de 1997) les gains de performance pour une dépense supplémentaire

progressent beaucoup moins vite. On observe une grande dispersion autour de ce profil, qui est d'autant plus importante que le niveau de dépenses est faible, ce phénomène étant particulièrement marqué pour les pays pauvres touchés par le Sida. La performance globale croît plus régulièrement avec le niveau des dépenses, mais présente les mêmes phénomènes de dispersion.

Un même niveau de dépenses peut donc avoir un « rendement » sensiblement différent, en fonction de nombreuses variables d'environnement que la littérature spécialisée a du mal à quantifier. Il est cependant un résultat frappant qu'il est facile de mettre en évidence économétriquement : la performance associée à un niveau donné de dépenses est d'autant plus élevée que la part du financement public de ces dépenses est lui-même élevée. Ce constat vaut quel que soit l'indicateur retenu (encadré 2).

L'indicateur de performance globale utilisé jusqu'ici est une mesure absolue du degré d'accomplissement des objectifs, mais il ne tient pas compte des ressources disponibles du pays. L'OMS cite ainsi l'exemple du Pakistan qui, avec un montant de dépense par habitant à peu près équivalent à celui de l'Ouganda, bénéficie d'une espérance de vie supérieure de près de 25 ans. L'OMS s'efforce alors de calculer un indicateur supplémentaire visant à apprécier les résultats obtenus en fonction des ressources, qui constituent de son point de vue la véritable mesure de la performance d'un système de santé. Il permet alors de mieux calibrer les écarts de performance et d'affiner les comparaisons. Pour prendre un exemple spectaculaire, les Etats-Unis arrivent en tête aussi bien pour les dépenses de santé par habitant que pour leur poids dans le PIB, mais se voient en quelque sorte déclassés (à la 37ème place) selon l'indicateur de performance globale relative ainsi défini par l'OMS (tableau 2). Avec une dépense de santé largement inférieure, la France occupe au contraire le premier rang. La

Graphique 8. Indicateurs de performance et dépenses de santé par tête



Encadré 2

Performances des systèmes de santé dans le monde

1. Espérance de vie et dépenses de santé

EVIE = 0,197 * DEPT + 0,227 * PUB + 3,791
(7,8) (3,1) (85,6)
191 pays R^2 = 0,32

2. Performance globale et dépenses de santé

PERF = 0,173 * DEPT + 0,184 * PUB + 4,094
(10,7) (3,9) (143,2)
191 pays R^2 = 0,46

EVIE Espérance de vie corrigée pour invalidité (logarithme)
PERF Indice de performance du système de santé (logarithme)
DEPT Dépenses de santé par tête en dollars internationaux
PUB Part du public dans les dépenses de santé

Tableau 2. Performances comparées de quatre systèmes de santé

Pays	Dépense par habitant	Espérance de vie	Performance globale absolue	Part des dépenses publiques	Rang global
Etats-Unis	3724	70	91	44	37
France	2125	73	92	77	1
Mexique	421	65	81	41	61
Cuba	109	68	84	88	39

Source : OMS (2000).

même disparité dans les performances apparaît quand on compare deux pays en développement comme le Mexique et Cuba.

On va maintenant prolonger cette approche en se concentrant sur les pays de l'OCDE. L'examen de trois nouvelles équations économétriques (encadré 3) va conduire à esquisser un modèle autour de trois propositions :

1. Le niveau des dépenses de santé dépend, toutes choses égales par ailleurs, de celui du PIB, mais il est inférieur si la part de la dépense publique de santé est plus élevée (équation 1) ;

2. La performance du système de santé (mesurée ici par l'espérance de vie) dépend du niveau de dépenses par tête et de la part publique de cette dépense (équation 2) : on retrouve ici le résultat établi sur l'ensemble des 191 pays recensés par l'OMS ;

3. La croissance des dépenses publiques de santé dépend, avec une élasticité supérieure à l'unité, de celle de l'ensemble des dépenses de santé, ainsi que du niveau de performance du système de santé (équation 3).

La logique de ce modèle (schéma 1) est donc la suivante : un degré élevé de performance, associé à une part publique plus importante, engendre une propension plus élevée à la croissance des dépenses de santé. On pourrait parler ici d'un « effet d'attachement » : comme la performance est liée positivement à la part des dépenses publiques, celles-ci croissent plus vite dans les pays à bonnes performances. Mais la « responsabilité » des dépenses publiques dans la croissance des dépenses de santé doit être nuancée, en introduisant une nécessaire distinction entre leur niveau et leur vitesse de progression. Il faut en effet prendre dans leur ensemble ces deux résultats : en premier lieu, le niveau des dépenses de santé est plutôt moins élevé – à niveau de PIB donné – quand le financement public est plus élevé (voir graphique 9) et le degré de corrélation négative entre le poids des dépenses de santé dans le PIB et la part publique est élevé (R^2=0,93). Mais, comme les dépenses publiques de santé sont associées à un meilleur « rendement » du point de vue des performances, leur croissance est plus élevée que celle des dépenses privées.

Méthodologie et paradigmes de l'économie de la santé

L'une des conclusions de ce rapide passage en revue est que l'évolution des dépenses de santé obéit à un faisceau complexe de déterminations, que l'économétrie a bien du mal à identifier. Ce constat conduit à discuter brièvement les méthodologies utilisées, et, plus fonda-

Encadré 3

Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE

1. Influence de la structure de financement

DEPT = 0,095 * PIBT - 22,4 * PUB + 1495,6
(8,9) (3,7) (2,8)
21 pays R^2 = 0,85

2. Performance et dépenses de santé

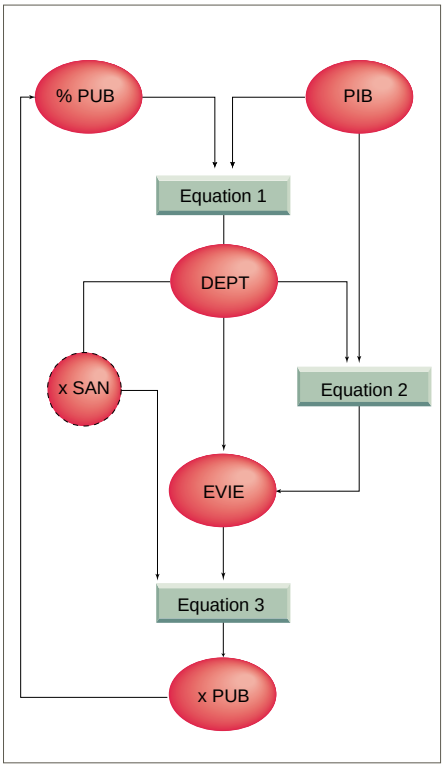
log (EVIE) = 0,048 * log (DEPT) + 0,056 * log (PUB) + 4,12
(8,1) (2,0) (77,2)
21 pays R^2 = 0,79

3. Croissance des dépenses publiques

xSP = 1,22 * xSAN + 14,60 * log (EVIE) - 66,56
(11,5) (2,9) (2,9)
21 pays R^2 = 0,88

DEPT	Dépenses de santé par tête en dollars internationaux
PERF	Indice de performance du système de santé
PIBT	PIB par tête en dollars internationaux
PUB	Part du public dans les dépenses de santé
xSAN	Taux de croissance des dépenses de santé
xSP	Taux de croissance des dépenses de santé publiques
Log	Logarithme

Schéma 1. Une modélisation des dépenses de santé



mentalement, les paradigmes implicites mis en oeuvre.

L'utilisation d'études en coupe, qui est le cas majoritaire, pose toute une série de problèmes. Cette méthode revient en effet à postuler l'existence d'un modèle unique de détermination des dépenses de santé, chaque pays se situant seulement à un stade différent de développement, ou étant caractérisé par un certain nombre de paramètres invariants. Cette méthode conduit à des résultats instables car les estimations dépendent très largement de l'année choisie. Ainsi Kanavos et Mossialos (1996) citent deux études similaires, dont l'une trouve une élasticité des dépenses au revenu inférieure à l'unité sur les données de 1980, et l'autre une élasticité très supérieure (1,43) à partir de données portant sur l'année 1985.

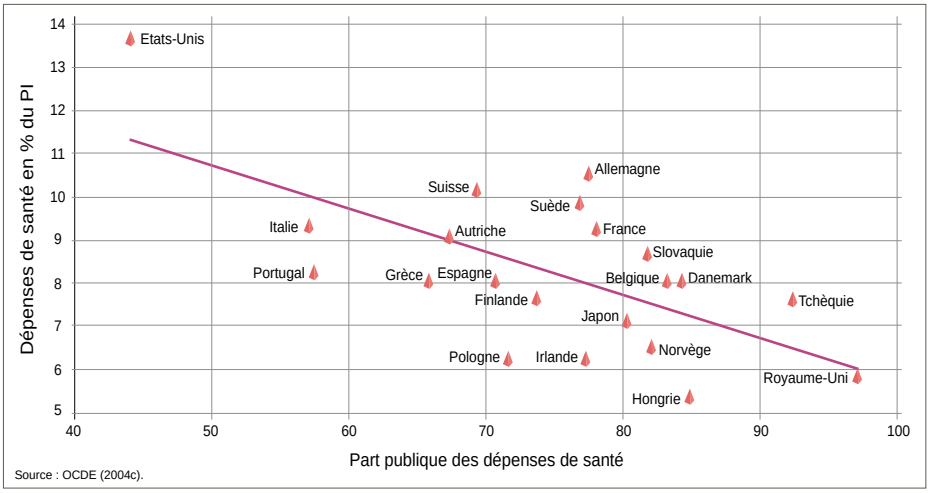
Beaucoup de ces études sont amenées à postuler que l'élasticité des dépenses de santé au PIB est la même d'un pays à l'autre et de telles méthodes sont par nature incapables, non seulement de rendre compte des différences entre pays, mais seulement de les repérer correctement. Toute variable secondaire qui permet de « typer » un pays va alors prendre une valeur explicative surdimensionnée et qui ne pourra être contrôlée compte tenu des contraintes que le modèle impose aux variables principales. La seule justification avancée est la difficulté à obtenir des données sur une période assez longue, alors qu'il est évidemment plus facile de rassembler des données pour une année donnée. Cette difficulté est réelle, et explique pourquoi l'une des rares études sur séries temporelles (Bac 2004) est obligée de se limiter à sept pays, sans pour autant renoncer à contraindre *a priori* les principales élasticités à être identiques d'un pays à l'autre.

Ces difficultés conduisent à divers artefacts dont on peut donner plusieurs exemples. Concernant l'effet du prix relatif sur les dépenses de santé, les difficultés sont immenses, car cette élasticité n'a pas le même sens selon que l'on raisonne « en coupe » ou sur séries temporelles. Dans ce dernier cas, l'élasticité-prix peut s'interpréter sans trop de problème : elle indique de combien une hausse d'un point du prix relatif des biens de santé va freiner la progression de la dépense de santé. Il suffit par exemple de penser à l'effet, visible à l'oeil nu en France, du prix des cigarettes sur leur consommation. Mais le même coefficient appliqué à des études en coupe signifie autre chose :

il mesure l'effet d'une variation du prix relatif, non pas conjoncturelle, mais structurelle. Pour prolonger l'exemple du tabac, cela revient à tester, non pas une variation instantanée de son prix, mais une évolution sur longue période d'une croissance durablement supérieure du prix du tabac. Et l'on n'évalue même pas le comportement du consommateur, français en l'occurrence, mais le résultat qu'aurait produit cette évolution en supposant qu'il suive un comportement moyen identifié sur l'ensemble des pays concernés. Prenons l'exemple de trois pays dont les dépenses de santé et le PIB par tête croissent au même taux. Le prix relatif de la santé n'augmente que dans un seul de ces pays. Selon le protocole le plus courant de l'économie de la santé, l'estimation moyenne va faire apparaître un effet-prix moyen qui, par définition, n'existe que dans un seul des pays. Cela jette un doute sur la réalité même de ces effets-prix. Compte tenu des contraintes de spécification et de la grande diversité relevée dans l'évolution des prix relatifs, il est plausible que le coefficient correspondant reflète ces différences d'un pays à l'autre plutôt qu'un comportement moyen des consommateurs.

Le vieillissement est un autre exemple des difficultés rencontrées. On a vu que les résultats quant à son influence sur la croissance des dépenses de santé étaient dans l'ensemble négatifs. Mais cela n'implique en aucune manière que, pour un pays donné, le vieillissement n'ait pas contribué à la croissance des dépenses de santé et ne continuera pas à le faire, comme l'illustrent les exercices prospectifs présentés ci-dessus. Cela signifie seulement que, toutes choses égales par ailleurs (par exemple le niveau de développement économique), les différences dans les dépenses de santé par tête ne s'expliquent pas par des structures d'âge différentes. On tombe là sur le délicat problème des corrélations entre variables explicatives : les pays riches sont plus vieux et vieillissent à peu près au même rythme, même s'ils sont inégalement vieux.

Graphique 9. Dépenses de santé et part publique



Source : OCDE (2004c).

Ces différences inexpliquées sont traitées à l'aide du concept de « croissance autonome », qui correspond, pour chaque pays, à la croissance qui échappe à l'hypothèse d'un comportement moyen. Il est alors tentant d'en rendre compte, pays par pays cette fois, par des facteurs d'offre, par exemple le nombre de lits ou de médecins par habitant. Mais l'introduction de ces variables se fait indépendamment de tout examen de ce qui les détermine elles-mêmes, par exemple le jeu des politiques budgétaires ou des modes de rémunération. Comme ces dernières grandeurs ont tendance à augmenter, on aura beau jeu d'en faire des variables explicatives de la croissance autonome. Mais, cette fois, c'est l'épreuve de l'estimation en coupe que ne réussit pas à passer cette explication partielle : en effet, les pays qui ont la plus forte croissance autonome ne sont pas ceux qui bénéficient de la plus forte croissance de l'offre. Enfin, ce genre d'explications qui mélange les facteurs d'offre et les facteurs de demande tombe sous le soupçon de la détermination inverse. Il va de soi que l'augmentation des dépenses de santé va susciter son offre, qu'il s'agisse de biens ou de services.

Cette discussion n'est pas aussi abstraite et technique qu'il peut y paraître. Elle est le reflet déformé d'un certain échec de l'économie de la santé, qui reste dominée par le paradigme de la rationalité opposé à un autre que l'on pourrait appeler le paradigme des besoins. Dans la littérature économique, cette opposition se retrouve dans le débat qui porte sur la question de savoir si la santé est un bien « supérieur » (*luxury good*). De tels biens sont ceux dont la consommation croît plus vite que le revenu ; or, à moyen terme, c'est clairement le cas de la santé. En d'autres termes, l'aspiration à la santé serait l'expression d'un besoin social profond qui chercherait à se frayer la voie contre toutes les résistances, institutionnelles et financières.

Tous les efforts inaboutis de l'économie de la santé (en tout cas de la majorité des études) visent au contraire à établir que la référence doit être une élasticité unitaire, autrement dit que la consommation de santé aurait une vocation « naturelle » à croître au même rythme que le revenu. Dans ce cas, les seules modulations envisageables peuvent (et doivent) être ramenées à des facteurs extérieurs aux aspirations propres des consommateurs, qu'il s'agisse d'effets prix, de dispositifs institutionnels (modalités de remboursement et de taxation) ou de facteurs démographiques.

La plupart du temps, tout se passe donc comme si l'analyse économique faisait sienne le postulat selon lequel la part des dépenses de santé ne doit pas augmenter plus vite que le PIB et se donnait comme tâche prioritaire de repérer les facteurs permettant d'obtenir ce résultat. Finalement, une bonne partie des efforts de l'économie de la santé consiste à faire rentrer ce bien particulier qu'est la santé dans les schémas de l'analyse économique générale, ce qui revient à nier toute distinction entre *care* et *cure*. On est assez loin d'une véritable économie politique de la santé qui se fixerait comme objectif de définir les déterminants du bien-être. Si la santé est effectivement un bien « supérieur » et si, comme le pointait déjà Newhouse (1977) : « A la marge, les dépenses de santé achètent du *care* plutôt que du *cure* », alors les politiques visant à contenir les dépenses publiques de santé sont condamnées à se heurter à cette préférence sociale irréductible.

Sources :

Bac Catherine (2004), *Les déterminants macro-économiques des dépenses de santé : comparaison entre quelques pays développés*, en annexe à Vasselle (2004).

Bac Catherine, Balsan Didier (2001), « Modélisation des dépenses d'assurance maladie », *Document de travail,* n°19, DREES. Http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud19.pdf

Blomqvist Åke, Carter Robin (1997), « Is Health Care Really a Luxury ? », *Journal of Health Economics,*vol.16.

Commission européenne (2001), « Budgetary Challenges Posed by Ageing Populations: the Impact on Public Spending, Health and Long Term Care for the Elderly ». Http://www.efrp.org/downloads/eu_publications/Budgetary_challenges.pdf

Cornilleau Gerard, Bac Catherine (2002), « Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970 », DREES, *Etudes et documents,* n°175. Http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er175.pdf

Docteur Elizabeth, Oxley Howard (2003), « Health-Care Systems: Lessons From The Reform Experience », OCDE, *Economics department working papers,* n°374. http://www.olis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/b64eaf1a3e9cf262c1256df300536279/$FILE/JT00155489.PDF

Dupont Gaël, Heyer Eric, Timbeau Xavier, Ventelou Bruno (2001), « L'impact macroéconomique des réformes du secteur de santé français », *Revue de l'OFCE,* n°76. http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/revue/3-76.pdf

European Observatory on Health Care Systems (2002),*Health care systems in eight countries: trends and challenges.* Http://www.euro.who.int/document/OBS/hcs8countries.pdf

Gerdtham Ulf., Jönsson Bengdt (2000), « International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data, and Econometric Analysis », *in* Culyer Anthony et Newhouse Joseph (eds), *Handbook of Health Economics,* Elsevier Science Publishers.

Grignon Michel (2003), « Les conséquences du vieillissement de la population », http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/ pdf/qesnum66.pdf

Huber Manfred, Orosz Eva (2003), « Health Expenditure Trends in OECD Countries », *Health Care Financing Review*, vol.25 n°1. Http://www.cms.hhs.gov/review/03fall/03fallpg1.pdf

Jönsson Bengt, Eckerlund Ingemar (2003), « Why do Different Countries Spend Different Amounts on Health Care ? », *in* OCDE.

Kanavos Panos, Mossialos Elias (1996), « The Methodology of International Comparisons of Health Care Expenditures: Any Lessons for Health Policy ? », *Discussion Paper* n°3, The London School of Economics and Political Science. Http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/healthAndSocialCareDiscussionPaperSeries/DP3.pdf

L'Horty Yannick, Quinet Alain, Rupprecht Frédéric (1997), « Expliquer la croissance des dépenses de santé : le rôle du niveau de vie et du progrès technique », *Economie et prévision,* n°129-130, 1997.

Mahieu Ronan (2000), *Les déterminants des dépenses de santé : une approche macroéconomique*, INSEE, document de travail G2000/01. Http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/methodes/doc_travail/docs_doc_travail/g2000-01.pdf

Musgrove Philip, Zeramdini, Carrin Guy (2002), « Basic Patterns in National Health Expenditure », *Bulletin of the World Health Organization*, vol.80. Http://www.who.int/nha/docs/en/Basic_patterns_in_national_health_expenditure.pdf

Newhouse Joseph (1977), « Medical Care Expenditure: A Cross-National Survey », *Journal of Human Resources,* vol.12(1).

Newhouse, Joseph (1992), « Medical Care Costs: How Much Welfare Loss », *Journal of Economic Perspectives*, vol.6(3).

OCDE (2003), *A Disease-Based Comparison of Health Systems* http://www1.oecd.org/publications/e-book/8103031E.PDF

OCDE (2004a), *La croissance des dépenses de santé s'accélère*, http://www.oecd.org/document/12/0,2340,fr_2649_33929_31947771_1_1_1_1,00.html

OCDE (2004b), *Eco-Santé OCDE 2004 – Tableaux et graphiques*
http://www.oecd.org/dataoecd/3/61/31938366.pdf

OCDE (2004c), *Eco-Santé OCDE 2004 – Données fréquemment demandées*
http://www.oecd.org/document/60/0,2340,en_2649_34631_32368700_1_1_1_1,00.html

OMS (2000), *Health Systems: Improving Performance*, World Health Report.
http://www.who.int/whr/2000/en

Oxley Howard, MacFarlan Maitland (1994), « Health Care Reform: Controlling Spending And Increasing Efficiency », OCDE, *Economics department working papers,* n°149.
Http://www.oecd.org/dataoecd/32/20/1862400.pdf

Poullier Jean-Pierre, Hernandez Patricia, Kawabata Kei, Savedoff William (2002), « Patterns of Global Health Expenditures: Results for 191 Countries », OMS, *Discussion Paper,* n°51.
Http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper51.pdf

Reinhardt Uwe, Hussey Peter, Anderson Gérard (2002), « Cross-National Comparisons Of Health Systems Using OECD Data, 1999 », *Health Affairs*, vol.21, n°3.
http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/21/3/169.pdf

Reinhardt Uwe, Hussey Peter, Anderson Gérard (2004), « U.S. Health Care Spending In An International Context », *Health Affairs*, vol.23, n°3.
http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/23/3/10.pdf

Vasselle Alain (2004), *Rapport du Sénat sur l'assurance-maladie*,
http://www.senat.fr/rap/l03-424-1/l03-424-1.html