



Élèves infirmières de l'hôpital régional de Batangas, aux Philippines.

David Coady, Maura Francese et Baoping Shang

**Les dépenses publiques de santé doivent être plus efficaces, sous peine de grever le budget de l'État**

**L**A SANTÉ de la population mondiale s'est améliorée de façon spectaculaire au cours des cinq dernières décennies. L'espérance de vie à la naissance, par exemple, a augmenté d'environ 11 ans dans les pays à revenu élevé, 26 ans dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, 21 ans dans les pays à revenu élevé de la tranche inférieure et 20 ans dans les pays à faible revenu.

Bien que ces améliorations résultent d'une série de facteurs (hausse des revenus, progrès des techniques médicales, etc.), l'augmentation des dépenses publiques de santé y a également contribué. Dans les pays avancés, les dépenses publiques ont progressé d'en moyenne 3¼ % du PIB en 1970 à environ 7 % en 2012. Entre 1995 et 2012, elles sont passées de 2¼ % à 3¼ % dans les pays émergents et de 3 % à 3¼ % dans les pays en développement.

Même si cette évolution des dépenses de santé publiques a été extrêmement bénéfique, elle devient problématique pour les budgets nationaux. Les dépenses publiques de santé pèsent déjà très lourd dans les budgets et devraient encore augmenter (Clements, Coady et Gupta, 2012). Dans les pays avancés déjà contraints de réduire leurs déficits pour faire diminuer leur dette publique, cette croissance des dépenses va exacerber les tensions budgétaires. Dans les pays émergents

et en développement, les dépenses publiques de santé sont en concurrence avec d'autres priorités de développement comme l'éducation et les infrastructures.

Selon bon nombre de pays, rendre les dépenses publiques de santé plus efficaces serait le principal moyen de continuer à progresser dans le domaine de la santé sans accentuer encore les tensions budgétaires. En outre, maîtriser la hausse de ces dépenses en en augmentant l'efficacité est sans doute politiquement plus acceptable que renoncer à de meilleurs résultats ou réduire d'autres dépenses. L'efficacité de cette stratégie dépend toutefois du degré d'inefficacité du système de santé public et de la capacité des pouvoirs publics à l'atténuer.

### Inefficacité des dépenses

Il est difficile d'apprécier le degré d'inefficacité des dépenses.

Premièrement, *l'inefficacité est difficile à définir*, car les dépenses publiques de santé contribuent à plusieurs objectifs. D'après l'Organisation mondiale de la santé, elles visent principalement à améliorer la santé de la population, prémunir les ménages contre le risque financier et répondre aux attentes de la population. Mais la plupart des études sur l'inefficacité des dépenses se concentrent sur les résultats obtenus en matière sanitaire, comme certaines mesures

de l'espérance de vie. Bien que de tels travaux puissent fournir des indications fiables concernant l'objectif d'amélioration de la santé (l'espérance de vie étant fortement corrélée avec d'autres indicateurs pertinents), ils ne dressent qu'un tableau partiel.

Deuxièmement, *mesurer les inefficiences nécessite généralement de comparer un système de santé donné avec un système «efficient»*. Comme beaucoup d'autres facteurs que les dépenses influent sur la santé et qu'ils varient en outre selon les pays, il est difficile d'estimer le niveau minimal de dépenses permettant d'atteindre un objectif sanitaire donné.

### Facteurs d'inefficience

Diverses études constatent néanmoins des inefficiences notables dans l'utilisation des deniers publics. L'édition 2010 du *Rapport sur la santé dans le monde* (OMS, 2010) s'appuie sur des études consacrées aux systèmes de santé dans le monde pour signaler que 20 % à 40 % des dépenses totales de santé (publiques et privées) des pays à revenu élevé, intermédiaire et faible contribuent très peu à améliorer la santé de la population. D'après une étude sur les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les inefficiences identifiées dans ces pays y réduiraient l'espérance de vie d'environ deux ans en moyenne (Joumard, André et Nicq, 2010). Un travail plus récent (FMI, 2014) où l'espérance de vie est corrigée en fonction de la qualité de la santé montre que la perte moyenne d'espérance de vie corrigée en fonction de la santé (ECVS, voir l'encadré) due aux inefficiences est supérieure à deux années (graphique 1). C'est assez considérable sachant qu'une hausse de moitié des dépenses de santé allongerait l'ECVS moyenne d'environ un an; s'agissant de l'efficience des dépenses de santé, tous les pays disposent donc d'une marge d'amélioration importante.

Il existe de nombreux facteurs d'inefficience et un certain nombre de solutions possibles.

Les données relatives aux pays de l'OCDE semblent montrer que *le type de système de santé n'est pas un facteur décisif* (Joumard, André et Nicq, 2010). Dans la plupart des pays, l'État est très impliqué dans le secteur de la santé. Son intervention peut prendre diverses formes : fourniture directe de services de santé, financement de la santé par la fiscalité, réglementation des services proposés par le secteur privé, etc. En revanche, si l'on classe les systèmes de santé selon l'influence des mécanismes de marché sur la fourniture ou le financement des soins, les écarts d'efficience au sein des groupes sont plus importants que les écarts entre les groupes. L'efficience dépendrait donc de facteurs plus spécifiques tels que le contenu de l'enveloppe de prestations, les modalités de remboursement des prestataires privés et de partage des coûts, et la méthode d'élaboration et de mise en application des recommandations cliniques.

*La composition des dépenses de santé et du panier de services est également importante*. Les soins primaires et préventifs présentent

généralement un meilleur rapport coût-efficacité que les soins hospitaliers. Néanmoins, même pour chaque type de soins, ce rapport varie considérablement selon les traitements. Les médicaments génériques, par exemple, sont aussi efficaces que les princeps, mais moins chers. L'enveloppe de prestations publique ne devrait englober ou encourager que les traitements les plus rentables.

*La composition et les caractéristiques de la population bénéficiaire des dépenses publiques de santé comptent aussi*. En l'absence de dépenses publiques, les pauvres et les défavorisés sont moins susceptibles que d'autres catégories d'avoir accès aux soins; il est donc plus intéressant de dépenser pour les pauvres que pour les riches. Dans les pays où la population est en meilleure santé, les inégalités sanitaires tendent à être moins marquées.

L'OMS (2010) a réparti les principales sources d'inefficience en cinq grandes catégories. La catégorie *ressources humaines pour la santé*, qui inclut une combinaison de personnel inappropriée ou chère et des travailleurs non motivés; la catégorie *médicaments*, avec la sous-utilisation des génériques et des prix plus élevés que les prix nécessaires, l'utilisation de médicaments de qualité inférieure ou contrefaits et l'utilisation incorrecte et inefficace des médicaments; la catégorie *hôpitaux*, avec le recours excessif à des technologies médicales coûteuses (imagerie par résonance magnétique, par exemple), la taille inappropriée des établissements hospitaliers, les erreurs médicales et la qualité sous-optimale des soins, la catégorie *gaspillage, corruption et fraude*, et la catégorie *combinaison inefficace d'interventions et niveaux de traitement inappropriés*. Supprimer toutes ces sources d'inefficience permettrait en moyenne de réduire de plus de 40 % les dépenses de santé totales (graphique 2).

### Remédier aux inefficiences

Les chercheurs ont identifié plusieurs domaines où des réformes pourraient rendre les systèmes de santé plus efficaces.

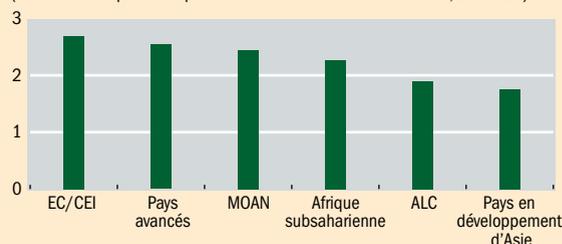
- *Les dépenses de santé devraient être réaffectées au profit des services et des traitements les plus rentables et encourager un comportement efficient*. Les soins primaires et préventifs, par exemple, qui vont des visites périodiques chez le médecin à la vaccination, en passant par la prévention du SIDA, du tabagisme

Graphique 1

#### Perte de santé

Les inefficiences des systèmes de santé enlèvent en moyenne plus de deux années de vie en bonne santé.

(années de vie perdues après correction en fonction de la santé, 2000-10)



Sources : FMI (2014); estimations des auteurs.

Note : L'espérance de vie corrigée en fonction de la santé est le nombre d'années qu'un individu peut espérer vivre en bonne santé. Les données se rapportent à 127 pays : EC/CEI = Europe centrale et Communauté des États indépendants (16 pays); pays avancés (29); MOAN = Moyen-Orient et Afrique du Nord (7); Afrique subsaharienne (40); ALC = Amérique latine et Caraïbes (24); Pays en développement d'Asie (11).

### Vivre en bonne santé

L'espérance de vie corrigée en fonction de la santé (EVCS) correspond au nombre d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre en bonne santé. Un pourcentage important des ressources du secteur de la santé est consacré à diminuer la gravité des maladies et améliorer la qualité de la vie. Les paramètres pris en compte pour calculer l'EVCS sont la prévalence, l'incidence et la durée des maladies et le nombre d'années passées dans différents états de santé.

et de l'obésité, sont souvent insuffisants et sous-utilisés. L'État pourrait donc jouer un rôle de soutien important dans la recherche et le développement, les prestations de soins, les réglementations et recommandations cliniques et les mesures fiscales (Jamison *et al.*, 2013). En outre, les coûts pourraient être partagés de manière à encourager les soins plus rentables, en particulier dans les pays émergents et à faible revenu où la couverture santé est incomplète. En attendant de pouvoir augmenter leurs dépenses publiques de santé, ces pays devraient s'efforcer d'offrir une couverture universelle englobant les services les plus essentiels et les plus rentables, ce qui contribuerait non seulement à réduire les inégalités, mais aussi à améliorer l'état sanitaire général.

- *L'État devrait favoriser la concurrence et le choix.* Il s'agirait, entre autres, d'ouvrir à la concurrence le secteur de l'assurance et des prestations de soins et de diffuser les informations concernant le prix et la qualité des services de santé. Ce faisant, les prestataires seraient incités à être plus efficaces, avec, par exemple, une combinaison appropriée de médecins, de personnel infirmier et d'agents administratifs et une meilleure utilisation des infrastructures. Plus il y a de concurrence et de choix, plus on obtient de bons résultats, même si les effets sur les coûts sont moins clairs (Gaynor, Moreno-Serra et Propper, 2013). Les autorités de réglementation ont néanmoins un rôle capital à jouer pour garantir un fonctionnement efficace du marché et limiter les défaillances du marché qui peuvent se traduire par une offre insuffisante de soins et d'assurance maladie. Ce type de mesures est sans doute plus envisageable dans les pays avancés, qui ont les capacités administratives requises pour se doter d'une réglementation élaborée.

- *Il faut améliorer les systèmes de paiement des prestataires.* Il s'agit notamment de passer d'un système de paiements à l'acte (le prestataire est remboursé pour chaque service délivré) à un système de paiements par cas, comme la capitation (le prestataire perçoit un montant forfaitaire pour chaque patient enregistré auprès de lui) ou les groupes homogènes de diagnostic (le remboursement

est basé sur des soins normalisés pour une pathologie donnée). Les paiements par cas peuvent contribuer à réduire les incitations à proposer des traitements inutiles. En revanche, pour prévenir les traitements insuffisants, des recommandations et un suivi cliniques rigoureux sont nécessaires. Ceci vaut pour la majorité des pays dotés d'un secteur de prestataires privés important.

- *Il faut adopter des technologies d'information sanitaire modernes.* La technologie permet semble-t-il d'obtenir de meilleurs résultats et d'abaisser les coûts en réduisant les erreurs médicales et la duplication des procédures et des essais (Hillestad *et al.*, 2005), mais elle suppose des investissements considérables en amont. Faute de financements suffisants, il se peut que certains pays aient à y renoncer.

- *Il faut améliorer le fonctionnement des institutions publiques.* Une répartition cohérente des responsabilités entre les différents niveaux d'administration (avec suppression des redondances éventuelles et des coûts administratifs excessifs) peut accroître l'efficacité des systèmes de santé. L'élaboration et l'application de réglementations cliniques appropriées peuvent aider à réduire les abus et le mésusage des traitements. Une transparence accrue et un meilleur respect des réglementations, relatives en particulier à la passation des marchés et au remboursement, peuvent aussi contribuer à lutter contre la corruption et la fraude, deux phénomènes apparemment importants dans tous les pays.

Améliorer l'efficacité des dépenses publiques de santé est primordial partout, mais les réformes qui visent cet objectif doivent être adaptées à chaque contexte national. Dans les pays avancés, le vieillissement de la population et le niveau élevé de la dette publique sont tels qu'il est impératif de stabiliser ou maîtriser la croissance des dépenses publiques de santé rapportées au PIB, sans que cela nuise aux indicateurs de santé. Et les pays en développement doivent continuer d'améliorer leurs résultats, sans compromettre la viabilité de leurs finances publiques. ■

*David Coady, Maura Francese et Baoping Shang sont respectivement expert principal en dépenses sociales, conseillère en assistance technique et économiste au Département des finances publiques du FMI.*

**Bibliographie :**

Clements, Ben, David Coady, and Sanjeev Gupta, 2012, *Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies* (Washington: International Monetary Fund).

Fonds monétaire international (FMI), 2014, *Fiscal Monitor* (Washington, April).

Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra, and Carol Propper, 2013, "Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service," *Economic Policy*, Vol. 5, No. 4, p. 134-66.

Hillestad, Richard, and others, 2005, "Can Electronic Medical Record Systems Transform Healthcare? Potential Health Benefits, Savings, and Costs," *Health Affairs*, Vol. 24, No. 5, p. 1103-117.

Jamison Dean T., and others, 2013, "Global Health 2035: A World Converging within a Generation," *The Lancet*, Vol. 382, No. 9908, p. 1898-1955.

Jourard, Isabelle, Christophe André, and Chantal Nicq, 2010, "Health Care Systems: Efficiency and Institutions," OECD Economics Department Working Paper No. 769 (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).

Organisation mondiale de la santé (OMS), 2010, *World Health Report—Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage* (Geneva).

