
Éclairage

Situation sociale
des pays européens
depuis le début de la crise



Avertissement

Sauf mention contraire, les données « France » concernent la France métropolitaine et les départements d'outre-mer hors Mayotte.

Les chiffres essentiels sont actualisés régulièrement sur les sites internet de l'Insee (www.insee.fr) et d'Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>) pour les données internationales.

Les comparaisons internationales contenues dans cet ouvrage s'appuient sur des données harmonisées publiées par Eurostat, qui peuvent différer des données nationales diffusées par les instituts nationaux de statistique.

Signes conventionnels utilisés

...	Résultat non disponible
///	Absence de résultat due à la nature des choses
e	Estimation
p	Résultat provisoire
r	Résultat révisé par rapport à l'édition précédente
n.s.	Résultat non significatif
€	Euro
M	Million
Md	Milliard
Réf.	Référence

L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins

Ysaline Padieu, Romain Roussel*

Depuis les Trente Glorieuses, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut avait tendance à progresser dans la plupart des pays européens. Toutefois, dans le courant des années 2000, celle-ci s'est quasiment stabilisée dans des pays comme l'Allemagne puis la France. Cette évolution s'est faite sans à-coup majeur grâce au renforcement de la maîtrise de la dépense d'assurance maladie.

En revanche, suite à la crise débutée en 2008, les dépenses de santé par habitant ont ralenti, voire diminué, et ce bien plus fortement dans les pays du sud et du nord-ouest de l'Europe, comme la Grèce, le Portugal ou l'Irlande et, dans une moindre mesure, l'Espagne, l'Italie ou le Royaume-Uni. Il est difficile de distinguer l'effet intrinsèque de la crise des conséquences des politiques structurelles de maîtrise de la dépense de santé. Néanmoins, les actions entreprises telles que les coupes budgétaires, la réduction du coût des soins ou bien l'augmentation des franchises, ont contribué à ce retournement de tendance, qui a été particulièrement visible sur le poste médicament. Les difficultés économiques ainsi que les mesures de redressement ont contribué dans certains pays à limiter l'accès aux soins, en raison notamment de l'augmentation du reste à charge des ménages. Une hausse importante du renoncement déclaré pour certains types de soins a de fait été observée dans certains pays durement touchés par la crise comme la Grèce, le Portugal, l'Espagne ou l'Irlande. Si l'espérance de vie n'a diminué dans aucun des pays observés, il n'en va pas toujours de même pour l'espérance de vie en bonne santé : même si le lien de causalité avec la réduction des dépenses de santé n'est à ce stade pas établi, celle-ci a reculé en Grèce et en Italie.

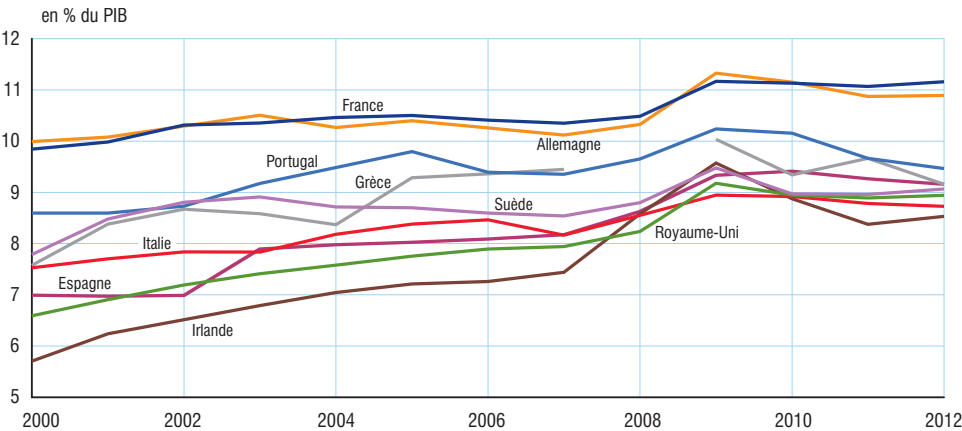
Les risques vieillesse et santé constituent les piliers principaux de la protection sociale en Europe. Assurer à tous l'accès à des soins de qualité, dans le cadre de systèmes efficaces et viables, en constitue un des enjeux majeurs. Mais, dans la période récente, marquée par la crise économique la plus dure subie par l'Europe depuis les années 1930, les systèmes de santé ont été mis à rude épreuve, tant dans leur dimension protectrice qu'en matière de soutenabilité financière.

Le présent article décrit les grandes inflexions de la dépense de santé observées depuis 2008 dans neuf pays européens, choisis sur des critères de taille, de diversité des modèles sociaux et d'intensité du choc économique subi. Il met également en lumière des situations contrastées entre pays européens qu'il tente de rapprocher des politiques suivies. Enfin, il cherche à cerner dans quelle mesure l'inflexion notable des dépenses de santé pourrait avoir un impact négatif sur le plan sanitaire. Une partie des personnes peut en effet être amenée à renoncer à certains soins pour des raisons directes de coût si, par exemple, ce qui reste à sa charge augmente. Cela peut aussi être le cas si des restrictions budgétaires conduisent à un rationnement de l'offre médicale : les ménages peuvent renoncer à se soigner en raison de l'augmentation des distances d'accès aux soins ou de l'allongement des temps d'attente d'un rendez-vous. Avant la crise, les dépenses de santé étaient déjà assez disparates au sein de l'Union européenne. En termes de niveau tout d'abord, la **dépense courante de santé** au sens international (*encadré 1*) variait de

* Ysaline Padieu, Romain Roussel, Drees.

moins de 8 points de PIB en Irlande et au Royaume-Uni à un peu plus de 10 points en Allemagne et en France en 2007 (figure 1). En termes d'évolution ensuite, plusieurs pays, en particulier ceux du nord-ouest et du sud de l'Europe, comme l'Irlande, le Royaume-Uni, la Grèce et, dans une moindre mesure, l'Espagne et le Portugal, voyaient leurs dépenses de santé progresser sensiblement plus vite que le PIB sur la période 2000-2007.

1. Évolution de la dépense courante de santé (DCS) au sens international depuis 2000



Lecture : en Allemagne, en 2000, la dépense courante de santé au sens international représente 10,0 % du PIB.
Note : pour la Grèce, la valeur 2008 n'est pas disponible. L'indicateur de DCS en % du PIB est dépendant non seulement du niveau de croissance de la dépense de santé mais aussi de celui de la croissance économique. Aussi, les évolutions observées en 2009 - année de contraction exceptionnelle du PIB en Europe - et, par contrecoup, en 2010 - année de forte reprise économique dans certains pays comme la Suède - sont-elles à considérer avec prudence.
Source : OCDE, System of Health Accounts (SHA), 2015.

Une baisse des dépenses de santé par habitant pour les pays les plus durement touchés par la crise, une inflexion parfois antérieure à la crise dans les autres pays

Après la crise financière, la croissance des dépenses courantes de santé par habitant a connu une réelle inflexion, plus ou moins marquée selon les pays (figure 2). L'ensemble des dépenses présentées dans cet éclairage sont exprimées en volume. Pour certains, cette inflexion a débuté avant la crise financière et ne peut donc être directement reliée à celle-ci mais davantage à des politiques de maîtrise de la dépense, initiées dans certains cas dès le début des années 2000.

2. Évolution en volume des dépenses courantes de santé par habitant

	en %								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Allemagne	-1,1	2,0	2,4	2,0	3,4	4,3	2,6	0,7	2,6
Espagne	2,6	2,5	3,2	2,6	4,8	3,1	0,2	-1,9	-2,8
France	2,9	1,4	0,9	1,1	0,7	2,6	0,9	1,0	0,4
Grèce	1,4	13,1	6,1	4,1	2,8	-2,5	-11,2	-3,6	-11,6
Irlande	6,2	6,2	3,4	4,5	10,6	3,4	-8,8	-3,9	1,8
Italie	5,5	2,9	2,9	-2,4	2,8	-1,6	1,1	-1,2	-3,3
Portugal	4,8	3,9	-2,9	1,7	3,0	2,9	1,0	-5,9	-4,8
Royaume-Uni	4,9	4,9	3,8	3,3	2,1	4,9	-1,7	-0,3	0,2
Suède	1,5	2,6	2,5	1,9	1,6	1,4	0,0	2,0	1,4

Lecture : en Allemagne, les dépenses de santé par habitant ont diminué de 1,1 % en 2004 par rapport à 2003.
Note : le déflateur utilisé pour le calcul est l'indice de prix du PIB (base 100 en 2005). Pour la Grèce, les dépenses 2008 et 2009 en orange correspondent à la croissance de la dépense totale de santé par habitant, la dépense courante de santé n'étant pas disponible.
Source : OCDE, 2015.

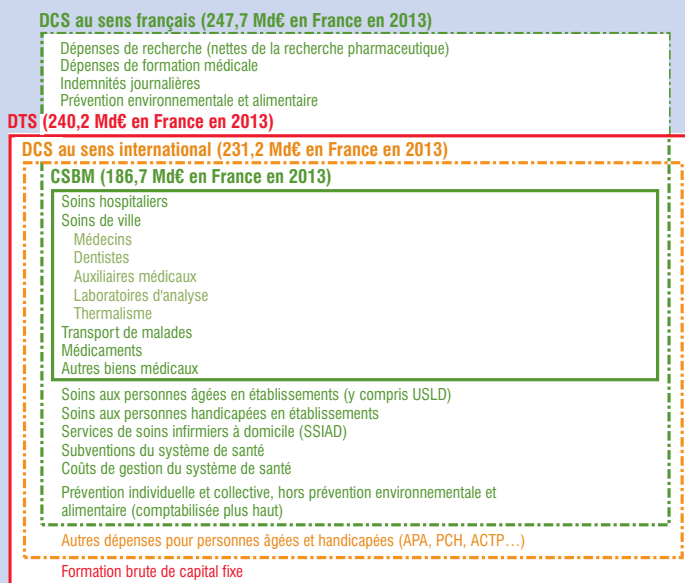
La dépense courante de santé

La **dépense courante de santé** (DCS) au sens international est l'un des principaux agrégats utilisés pour les comparaisons des dépenses de santé entre pays de l'OCDE, dans le cadre harmonisé SHA (*System of Health Accounts*). Elle s'évalue à partir de la dépense totale de santé (DTS), dont sont retranchées les dépenses d'investissement (la formation brute de capital fixe) du secteur de la santé. Procéder à des comparaisons sur la base de la DCS plutôt que de la DTS présente l'avantage de neutraliser le fait que certains pays ne parviennent pas dans leurs comptes à isoler ou à mesurer les dépenses relatives à l'investissement en santé. La ramener à une grandeur par habitant permet de faciliter les comparaisons en corrigeant des variations annuelles de la population, même si cela ne neutralise pas les écarts de structure par âge ni les effets du vieillissement plus ou moins marqués selon les pays. Toutefois, comme le précise l'OCDE, l'Irlande, le Royaume-Uni et l'Italie ne produisent pas de données détaillées concernant leurs dépenses de santé selon la nomenclature internationale harmonisée SHA, ce qui limite les approfondissements qui peuvent être menés en comparaison internationale.

La DCS au sens international représente donc les dépenses de consommation finale en soins et services de santé financées par l'ensemble des acteurs du système de soins (assurance maladie, État, ménages, assurances privées, institutions à but non lucratif, etc.). Ce concept de dépense est plus large que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et distinct de celui de dépense courante de santé au sens français, habituellement employés en France et calculés chaque année dans le cadre des Comptes nationaux de la santé publiés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Les principaux tableaux et graphiques commentés dans l'article se fondent sur une notion de dépense de soins qualifiée par l'OCDE de dépense en volume, au sens où la valeur de la dépense est déflatée par un indice de prix, en l'occurrence celui du prix du PIB. Elle n'est pas directement comparable à celles, plus pointues, employées usuellement en comptabilité nationale ou dans les comptes de la santé, où l'on se fonde sur des indices de prix plus spécifiques au domaine de la santé, tenant effectivement compte de la quantité de traitements dispensés (par exemple, l'indice de prix de la consommation de soins et de biens médicaux publié par la Drees). Cette approche, communément employée au niveau des institutions internationales, présente le mérite de la simplicité et de la robustesse. Elle vise avant tout à faciliter la comparaison entre pays dont les niveaux d'inflation peuvent être hétérogènes. C'est pourquoi elle est préférable à une simple comparaison des évolutions de dépenses de santé en valeur entre pays.

Cependant, du fait du concept de « volume » employé ici, toute mesure de régulation de la dépense de soins, même celle ne modifiant pas la « quantité » de soins consommés ou les comportements de prescription des professionnels de santé (en ville ou à l'hôpital), affecte à la baisse cette dépense. C'est pourquoi plusieurs passages dans l'article mentionnent que la dépense de soins (en volume) est susceptible d'être réduite par toute mesure de régulation, qu'elle se traduise par des actions de maîtrise médicalisée, de baisses de prix (du médicament par exemple) ou de coupe budgétaire (via un contingentement des budgets dans les pays de tradition beveridgienne, ou de manière plus indirecte, des capacités d'hébergement en établissements de santé).



Source : Comptes nationaux de la santé, Drees, septembre 2014.

Ainsi, en Allemagne, le taux de croissance annuelle des dépenses de santé par habitant a diminué en volume de 2003 à 2004 en raison notamment de la mise en place de mesures assez contraignantes dans le cadre de « l'agenda 2010 », comme les déremboursements ciblés sur certains dispositifs médicaux et transports sanitaires ou l'introduction de nouveaux tickets modérateurs en médecine de ville, à l'hôpital et sur le médicament. Il s'est ensuite stabilisé entre 2,0 % et 2,5 % de 2004 à 2007. La France a elle aussi connu avant la crise une diminution progressive du taux de croissance de ses dépenses de santé par habitant. La hausse annuelle moyenne de cette dépense est ainsi passée de 2,9 % en 2004 à 0,7 % en 2008.

Si, au début de la crise, ces deux pays ont connu un léger rebond du taux de croissance des dépenses de santé par habitant, dès 2010 ils avaient retrouvé leur taux de croissance d'avant la crise, avec une progression de la dépense de santé plus modérée en France qu'en Allemagne en raison d'une meilleure maîtrise de la dépense d'assurance maladie (*encadré 2* pour des précisions sur son pilotage en France et en Allemagne). Le différentiel entre France et Allemagne est plus prononcé en termes de dépense par habitant qu'en termes de dépense totale, la population française continuant de progresser alors que celle de l'Allemagne décline depuis le milieu des années 2000. La France et l'Allemagne se distinguent par ailleurs de la plupart des pays européens par un taux de croissance de cette dépense qui reste positif.

L'inflexion de la dépense de santé a en effet été plus brutale pour d'autres pays tels que la Grèce, l'Irlande ou le Portugal en raison des coupes budgétaires imposées par la crise, au demeurant plus sévère dans ces pays¹. En Grèce, où l'une des affiliations possibles à l'assurance maladie est liée au fait d'être en emploi², les dépenses courantes de santé par habitant ont diminué brutalement entre 2009 et 2010, de 11,2 %. Cette baisse, historique, est suivie de deux nouvelles diminutions en 2011 et 2012. En Irlande, les dépenses ont chuté de 8,8 % en 2010 et de 3,9 % en 2011. L'ampleur de cette baisse s'explique à la fois par une diminution des prestations versées et par une réduction du taux de couverture de la population par l'assurance maladie. Quant au Portugal, où les mesures d'économie ont été mises en œuvre plus progressivement, la diminution des dépenses de santé a été un peu plus tardive (– 5,9 % en 2011, en lien notamment avec l'entrée en vigueur du plan de sauvetage du FMI qui s'est traduit par une austerité budgétaire accrue), mais persiste en 2012 (– 4,8 %).

Le ralentissement de la dépense s'est aussi fait sentir, dans une moindre mesure, dans d'autres pays européens de tradition *beveridgienne*, c'est-à-dire où la dépense de santé est essentiellement financée par l'impôt. Ainsi, le Royaume-Uni enregistre une baisse modérée de ses dépenses courantes de santé en volume par habitant en 2010 (– 1,7 %), suivie d'un taux de croissance quasi nul en raison du programme d'austérité mis en place par les autorités après l'examen des réalisations budgétaires de 2010. En Suède, la forte récession de 2009 a été suivie d'un taux de croissance nul des dépenses de santé par habitant en 2010. Toutefois, le pays ayant connu une reprise économique plus forte que dans le reste de l'Union dès 2010-2011 et renoué avec l'équilibre budgétaire au sens de Maastricht dès 2011, les dépenses de santé en volume par habitant ont ensuite rapidement retrouvé leur rythme de croissance d'avant crise (respectivement + 2,0 % et + 1,4 % en 2011 et 2012).

Le ralentissement, voire la baisse, des dépenses de santé, observé dans les différents pays européens est d'autant plus notable que, structurellement, les dépenses devraient augmenter. En effet les maladies chroniques sont de plus en plus fréquentes : en France, par exemple, le nombre de patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), dont le traitement est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, progressent de 3,5 % par an en moyenne sur

1. C'est en effet dans les pays du sud de l'Europe et en Irlande que le PIB a le plus fortement reculé suite à la crise de 2008 et que le chômage a atteint des niveaux historiquement élevés [Befy et Roussel, 2015].

2. Le protocole d'accord de juillet 2013 entre les autorités grecques et la Troïka comprenait un programme de bons de santé qui devait fournir un accès gratuit aux soins de santé primaires (dont sept consultations prénatales) pour les personnes sans couverture maladie. Toutefois, le programme ne couvrirait que 230 000 personnes pour la période 2013-2014, soit moins de 10 % des personnes sans couverture maladie selon Médecins du monde.

2005-2012. Cette évolution est liée notamment au vieillissement de la population et, dans certains cas, à des facteurs comportementaux (la plus grande sédentarité accroît par exemple les risques de diabète, la plus forte prévalence du tabagisme quotidien des femmes celui du cancer du poumon) voire environnementaux (hausse des cancers imputables à l'exposition à des substances chimiques). D'autres déterminants structurels jouent à la hausse, tels que le renchérissement du coût des traitements innovants³. Toutefois, il est difficile de dissocier, dans les évolutions observées, les parts attribuables aux coupes budgétaires et à une meilleure maîtrise des dépenses de celle relevant d'une modification de la tendance des dépenses suite à la crise. Il est donc délicat d'établir un lien causal direct entre la crise financière et l'inflexion du taux de croissance des dépenses de santé des pays européens.

Encadré 2

Un pilotage par la dépense en France, par le solde de l'assurance maladie en Allemagne

Si la France et l'Allemagne sont souvent comparées, en raison notamment de l'origine bismarckienne de leur système de protection sociale et de la maturité de leurs systèmes d'assurance maladie, elles se différencient sur certains aspects, comme l'organisation et le pilotage des dépenses qui ont subi d'importantes mutations depuis plus d'une décennie. Ainsi, en Allemagne, le périmètre de l'assurance maladie est plus étroit qu'en France, puisqu'il inclut les assurances maladie, maternité et décès. Il ne comprend pas l'invalidité – gérée par le risque vieillesse – ni les soins infirmiers et les dépenses médico-sociales en faveur des personnes âgées dépendantes qui relèvent de la branche dépendance. Par ailleurs, les systèmes diffèrent quant aux prises en charge proposées, plus ou moins favorables aux assurés sociaux selon les cas (par exemple, les indemnités journalières sont servies pendant 72 semaines consécutives au maximum en Allemagne, contre trois années en France). Les modalités de prise en charge peuvent aussi être plus ou moins contraignantes : en Allemagne, le code de la Sécurité sociale prévoit que les prises en charge doivent impérativement être réalisées en ambulatorio lorsque cela est médicalement possible. Ensuite, le système allemand est décentralisé et assorti d'une mise en concurrence à plusieurs niveaux : non seulement pour l'assurance de base – les plus aisés pouvant s'affilier à une assurance privée (PKV) plutôt qu'à l'assurance sociale publique (GKV) – mais aussi pour le choix d'affiliation à l'une des 140 caisses. Celles-ci ont l'obligation légale d'équilibrer leurs comptes, toute hausse des dépenses devant être compensée par des actions de gestion du risque ou des augmentations des ressources. En pratique, les caisses pouvant difficilement augmenter leur taux de

cotisations du fait de la concurrence, elles sont souvent contraintes de fusionner (il y en avait plus de 1 800 en 1970). Par ailleurs, l'assurance santé complémentaire ne joue pas en Allemagne un rôle aussi important qu'en France : elle couvre en effet moins d'un quart de la population contre 94 % en France en 2012 d'après l'enquête Santé et protection sociale de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Enfin, en termes de pilotage, la France et l'Allemagne ont choisi des options de régulation assez différentes :

- En France, le pilotage est axé sur la dépense, avec la définition d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement depuis 1996. Ses modalités de contrôle et de suivi ont été régulièrement renforcées avec la réforme de l'assurance maladie en août 2004 et les mesures prises suite au rapport Briet de 2010. Ce dernier répondait aux limites de la procédure d'alerte déclenchée suite au dérapage de la dépense de 2007.

- En Allemagne, le pilotage du système s'effectue non par un objectif de dépense mais par les soldes, ce qui a de fait permis à l'assurance maladie allemande d'afficher régulièrement des excédents en dépit d'une dynamique de la dépense plus soutenue sur la période récente (contrairement à son homologue française, restée déficitaire malgré le respect de l'ONDAM). L'équilibrage de l'assurance maladie allemande a donc nécessité une hausse des financements par l'impôt et des apports exceptionnels de l'État, qui ont atteint un niveau très élevé au plus fort de la crise (plus de 15 milliards d'euros par an au total en 2010 et 2011). En Allemagne, l'action sur la dépense d'assurance maladie n'est donc pas la seule variable d'ajustement en période de crise.

3. Augmenter les coûts de traitement par l'innovation conduit à une augmentation du volume des dépenses de santé et non de son prix en raison de la construction de l'indice des prix.

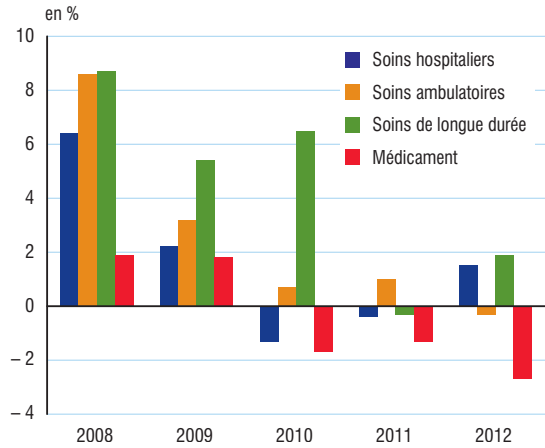
Une baisse de la dépense de santé particulièrement marquée pour certains postes, à relier à trois moyens mis en œuvre pour la maîtriser...

Les rythmes d'évolution des différentes composantes de la dépense de santé ont tous diminué en Europe suite à la crise (*figure 3*). Toutefois, ces inflexions ont été plus ou moins marquées selon les postes et ont, dans certains cas, donné lieu à des contractions de la dépense (notamment dans les secteurs ambulatoire et, plus encore, du médicament).

Ces évolutions marquées sur la période récente sont en particulier à rapprocher du fait que, suite à la crise, les pays membres de l'Union européenne ont eu recours à trois leviers principaux pour garantir la soutenabilité de leurs systèmes d'assurance maladie [Morgan et Astolfi, 2014]. Ces différents types de mesures n'ont pas tous un effet négatif sur la consommation réelle de soins.

3. Évolution en volume d'une sélection de postes des dépenses de santé

Champ : UE23 (pays de l'UE28, sauf le Royaume-Uni, l'Italie, l'Irlande, Malte et la Bulgarie).
Lecture : en 2008, les dépenses de soins hospitaliers ont crû de 6,4 % en moyenne au sein de l'UE23 par rapport à 2007.
Note : le déflateur utilisé pour le calcul est l'indice de prix du PIB (base 100 en 2005).
Source : OCDE *Health at a Glance, Europe 2014*.



... des coupes dans les budgets,

Les pays de tradition *beveridgienne* ont eu plus souvent recours aux coupes budgétaires, qui constituent le premier levier d'action présenté. Ainsi, le Royaume-Uni a adopté une croissance nulle de son budget santé, tandis que le Danemark a adopté un plan d'économies nouvelles. Dans d'autres pays d'Europe, comme en Grèce ou en Irlande, les dépenses publiques de santé en termes réels n'atteignent plus en 2012 que respectivement 75 % et 82 % de leurs niveaux de 2009, précise l'OCDE. De telles réductions des budgets santé ont été décriées lors de la conférence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Oslo en avril 2013 : des coupes non appropriées peuvent en effet réduire l'efficacité des systèmes de santé alors que la demande de services en matière de santé est grandissante.

Ces coupes budgétaires qui ont donné lieu à des déremboursements de certains biens médicaux, ou à de moindres subventions au système de santé, notamment en matière de prévention, n'ont pas été homogènes d'un poste de dépense à l'autre. Elles ont été très fortes dans le secteur ambulatoire, dont la croissance moyenne au sein de l'UE23⁴ a été ramenée de 8,6 % en 2008 à -0,3 % en 2012 (*figure 3*). Le retournement de tendance a été particulièrement spectaculaire pour le poste médicament, avec des baisses moyennes de 1,7 % en 2010 et de 2,7 % en 2012 sous l'effet cumulé de différents facteurs (*encadré 3*).

4. UE23 : pays de l'UE28, sauf le Royaume-Uni, l'Italie, l'Irlande, Malte et la Bulgarie (données non disponibles).

Encadré 3

Depuis 2009, une baisse de la dépense pharmaceutique en volume par habitant dans tous les pays d'Europe

La réduction de la dépense de médicaments qui a suivi la crise a été massive mais d'ampleur variable selon les pays européens. Sur 2009-2012, les taux de croissance annuels moyens des dépenses totales de médicaments par habitant ont été négatifs, atteignant -12,4 % en Grèce, -6,1 % au Portugal et -5,2 % en Espagne.

Selon l'OCDE [Morgan et Astolfi, 2014], en Espagne, en Grèce et au Portugal, les dépenses des médicaments sur ordonnance ont baissé de, respectivement, 8 %, 13 % et 20 % pour la seule année 2011. La réduction de 1,2 milliard d'euros des dépenses publiques de médicaments opérée en Grèce de 2009 à 2011, a représenté un tiers des 3,7 milliards d'euros d'économies réalisées sur le budget de la santé. Cette seule diminution du poste médicament a contribué à réduire le déficit public de la Grèce d'un point de PIB.

Cette forte baisse des dépenses pharmaceutiques qui a suivi la crise s'explique par la conjonction de trois facteurs : une intensification des politiques de baisses de prix, une substitution accrue des princeps par les médicaments génériques correspondants et des réductions parfois conséquentes des taux de remboursement ou de couverture par l'assurance maladie dans certains pays. Cette baisse de la dépense en valeur est d'autant plus remarquable que plusieurs effets continuent, au contraire, à jouer à la hausse sur ce poste, qu'il s'agisse d'effets « volume » (avec la progression tendancielle du nombre de médicaments consommés) ou d'effets « structure » (avec la substitution de molécules anciennes par des nouvelles, souvent nettement plus coûteuses)*.

Évolution annuelle moyenne de la dépense pharmaceutique totale en volume par habitant



Champ : l'OCDE renseigne l'évolution annuelle moyenne pour l'UE24 (pays de l'UE28, sauf le Royaume-Uni, Malte, la Bulgarie et l'Estonie). Les dépenses pharmaceutiques pour le Royaume-Uni ne sont pas disponibles pour la période 2009-2012.

Lecture : en Grèce, l'évolution de la dépense pharmaceutique par habitant a atteint +10,0 % en moyenne annuelle sur 2000-2009 et -12,4 % en moyenne annuelle sur 2009-2012.

Source : OCDE Health Data 2013, Health at a glance.

* Pour des analyses plus poussées sur les effets de sens contraire qui affectent les remboursements de dépenses pharmaceutiques en France et sur les limites de la comparaison des consommations de médicaments entre pays européens, voir [CNAMTS, 2014].

... une augmentation des franchises ou une baisse de la couverture,

La régulation de la demande de soins a été le deuxième levier employé, à des degrés divers d'intensité. Dans sa forme atténuée, cela s'est traduit par l'introduction ou la généralisation de co-paiements de type franchises pour les assurés (comme en France ou en Italie), ou par la promotion du bon usage des soins à l'aide de contrats de bonnes pratiques passés avec les professionnels de santé, visant notamment à un meilleur développement des médicaments génériques. La forme plus radicale, adoptée en Irlande, a conduit à des réductions significatives de la population couverte par l'assurance maladie, aboutissant à une hausse de 40 % du coût des assurances privées en santé, selon l'OCDE.

... ou une réduction du coût des soins

Enfin, le troisième et dernier levier a porté sur la réduction du coût des soins. Ainsi, dans de nombreux pays (France, Allemagne, Portugal, Italie, etc.), les politiques de réduction du prix des produits pharmaceutiques ont été intensifiées à partir de 2011. Les coûts de gestion du système de soins ont aussi fait l'objet de mesures d'économie, parfois drastiques, comme au Portugal à partir de 2011. La masse salariale du système de soins, qui représente en moyenne 42 % des dépenses publiques de santé⁵, n'a pas non plus été épargnée dans les pays les plus touchés par la crise, comme l'Irlande et la Grèce, qui ont mené une politique de réduction des effectifs et des salaires à compter de 2009. Le secteur hospitalier, qui représente entre un quart et la moitié de la dépense courante de santé au sens international des pays de l'Union européenne, a été mis à contribution. D'après l'OCDE, depuis 2009, dans des proportions variables selon les pays européens, les actions menées ont consisté en une baisse des enveloppes hospitalières, en une augmentation des co-paiements pour les patients hospitalisés et en une réduction des salaires du personnel, du nombre de lits et des effectifs hospitaliers.

Si les mesures de rationalisation des dépenses de santé, telles que le développement du recours aux médicaments génériques, les baisses de prix de certains médicaments ou la réduction des coûts de gestion du système, ne nuisent pas à la qualité des soins, il n'en est pas de même des diminutions des prises en charge qui risquent d'aboutir à des renoncements aux soins.

Une hausse du reste à charge dans la plupart des pays les plus touchés par la crise

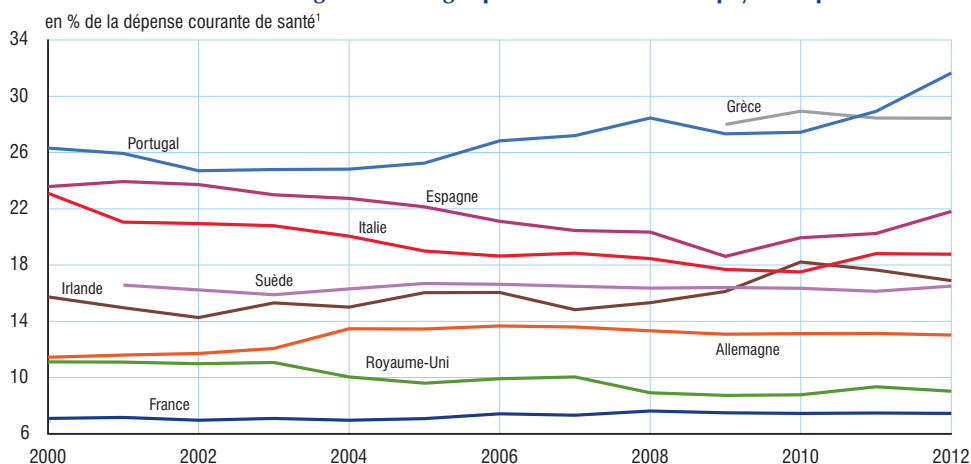
La conférence de l'OMS à Oslo en 2013 a rappelé le rôle prépondérant de la Sécurité sociale pour atténuer les impacts négatifs de la crise sur la santé. Si certains pays ont accéléré le processus de réformes structurelles à la suite de la crise afin d'améliorer l'efficacité de leurs systèmes de santé, les politiques mises en œuvre doivent répondre au triple objectif d'assurer l'accès aux soins et la qualité des services, de protéger l'état de santé de la population et d'éviter une augmentation du reste à charge des ménages, en particulier pour les populations les plus affectées par la crise financière et économique. Ces objectifs, parfois contradictoires, ont été très diversement atteints.

En particulier, l'augmentation du reste à charge des ménages est manifeste dans plusieurs pays parmi les plus touchés par la crise. Le « reste à charge » des ménages en santé comprend la participation aux coûts, l'automédication et les autres dépenses prises en charge directement par les ménages après intervention des assurances maladie obligatoire et complémentaire. Ce reste à charge est ensuite rapporté aux dépenses totales ou courantes de santé, telles que définies dans l'*encadré 1*. Les niveaux sont déjà très disparates entre pays européens avant la crise : en 2000, ils varient de 7,1 % en France à 26,3 % au Portugal avec des écarts entre valeurs extrêmes qui sont à peu près constants jusqu'en 2007 (*figure 4*). En termes d'évolutions pré- et post-crise, plusieurs groupes de pays peuvent être distingués.

Pour certains pays, tels que la France, le Royaume-Uni, l'Allemagne et la Suède, le reste à charge des ménages est resté très stable. Dans ces pays, qui ont mieux résisté à la crise et où les niveaux de reste à charge font partie des plus bas en Europe, les évolutions les plus notables sont intervenues bien avant 2008 à la suite des réformes entreprises. Il s'agit par exemple de la

5. Selon une estimation de l'OMS de 2006, pour les 18 pays d'Europe pour lesquels ces données étaient disponibles.

4. Évolution des restes à charge des ménages pour une sélection de pays européens



1. DCS au sens international depuis 2000.

Lecture : en 2000, au Portugal, le reste à charge des ménages atteignait 26,1 % de la dépense de santé.

Note : pour la Grèce, les valeurs ne sont disponibles que depuis 2008 et ne sont représentées ici que depuis 2009, la valeur 2008, atypique, atteignant 37,9 %.

Source : OCDE, 2015.

hausse du reste à charge en Allemagne de 2004 (+ 1,4 point) consécutive à la hausse substantielle des co-paiements pour les patients dans le cadre de « l'agenda 2010⁶ » ou, à l'inverse, de la baisse constatée au Royaume-Uni à la même époque (– 1,5 point de 2003 à 2005) suite aux plans de rattrapage en faveur du *National Health Service* (NHS) sous le gouvernement Blair.

Pour d'autres pays, tels que l'Italie et l'Espagne, la crise semble avoir interrompu et inversé un mouvement de moyen terme de baisse des restes à charge. Dans ces deux pays, les restes à charge étaient très élevés en 2000 : près d'un quart de la dépense était assumée par les patients. Ces taux s'étaient améliorés pour atteindre, respectivement, 17,7 % et 18,6 % de la dépense en 2009. La crise et les mesures associées ont inversé cette tendance ; les restes à charge ont en effet crû de 1,1 point en Italie et 3,2 points en Espagne entre 2009 et 2012. Dans ces deux pays, cette rupture de tendance coïncide avec celle observée sur la part de la dépense de santé dans le PIB (*figure 1*) et peut être rapprochée des coupes budgétaires et des mesures de régulation opérées. En Italie, par exemple, ont été adoptées une hausse de 10 euros des frais de co-paiements à partir de 2011 lors d'une visite ou d'une analyse médicale, ainsi qu'une augmentation de 25 euros pour les visites aux urgences médicalement non justifiées.

Enfin, pour certains pays, l'impact de la crise semble décalé ou plus ambigu en termes d'évolution des restes à charge des ménages. Si l'on ne prend pas en compte la Grèce, caractérisée par un niveau de reste à charge très élevé (plus de 28 % de la dépense) et pour laquelle on ne dispose pas d'une série longue antérieure à la crise, deux cas se distinguent : l'Irlande et le Portugal. En Irlande, la montée du reste à charge a été plus précoce qu'ailleurs et atteint un pic en 2010, qui s'expliquerait, selon l'OCDE, par le contrecoup des réductions drastiques du taux de couverture de la population par l'assurance maladie de base de 2009. Au Portugal, où le reste à charge avait déjà tendance à progresser depuis 2002, les mesures de régulation ont été prises plus tardivement : ce n'est qu'en 2011 que les frais des vaccins à la charge des ménages ont été relevés et que des subsides publics finançant le coût des médicaments ont été annulés. L'effet spécifique de la crise semble ne s'être fait sentir qu'à partir de 2011.

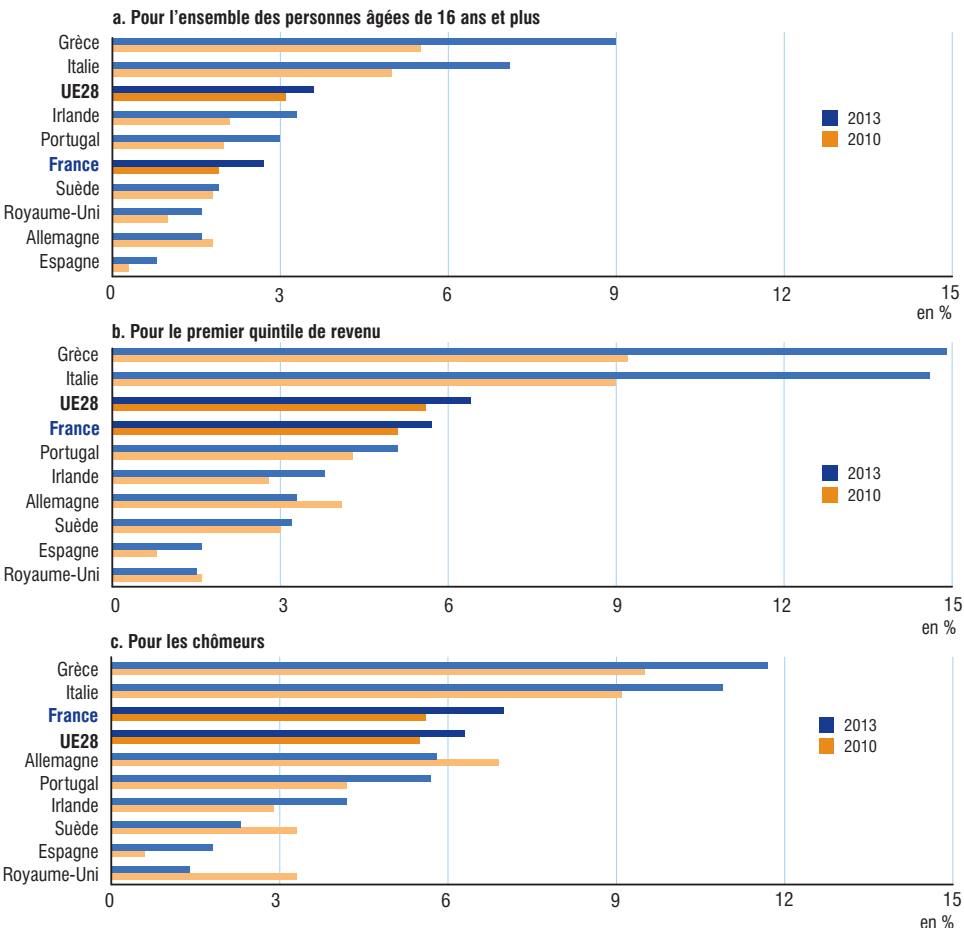
6. Schématiquement, deux séries de mesures qui affectent directement le reste à charge des ménages ont été prises dans ce cadre : il s'est agi de remboursements (en optique, dentaire, pour les médicaments et les transports sanitaires sans ordonnance) et de nouveaux tickets modérateurs (en médecine de ville – abolis depuis 2013 –, à l'hôpital et pour les médicaments remboursables).

Une augmentation des besoins non satisfaits dans la plupart des pays

L'enquête EU-SILC (*European union - Statistics on income and living conditions*) comprend un module qui a pour objectif d'évaluer les besoins non satisfaits pour les soins médicaux et dentaires, par motif, par quartile de revenu, par statut et par niveau d'éducation. Sont examinés ici trois motifs de renoncement qui caractérisent l'accès aux soins : le coût, l'éloignement et le temps d'attente. Comme il s'agit de données déclaratives, il est plus pertinent d'analyser les évolutions par pays que les niveaux absolus, par nature fragiles.

Les besoins de soins médicaux non satisfaits pour ces trois principaux motifs augmentent légèrement en moyenne dans l'Union européenne (UE28) sur la période récente, le taux de renoncement passant de 3,1 % en 2010 à 3,6 % en 2013 (*figure 5a*). Les taux de renoncement déjà particulièrement élevés pour les plus bas revenus et les chômeurs sont également en augmentation entre 2010 et 2013, passant, respectivement, de 5,6 % à 6,4 % et de 5,5 % à 6,3 % (*figures 5b et 5c*).

5. Évolution du taux de renoncement aux soins médicaux pour trois motifs (temps d'attente, coût et éloignement) en 2010 et 2013



Lecture : en moyenne dans l'UE28, le renoncement aux soins médicaux atteignait 3,1 % en 2010 et 3,6 % en 2013 ; celui des personnes dont les revenus se situent au sein du premier quintile atteignait 5,6 % en 2010 et 6,4 % en 2013 ; celui des personnes au chômage atteignait 5,5 % en 2010 et 6,3 % en 2013.
 Note : taux de renoncement déclarés par les répondants à l'enquête SILC (personnes âgées de 16 ans et plus).
 Source : Eurostat, SILC - données déclarées par l'enquête sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

En Allemagne et en Suède, qui font partie des pays les moins affectés par la crise, on observe une diminution du taux de renoncement sur 2010-2013 pour ces trois motifs. Ce constat reste valide que l'on considère la population totale, les plus bas revenus ou les chômeurs. Pour l'ensemble des autres pays considérés, le taux de renoncement en raison du coût, de l'éloignement et du temps d'attente augmente entre 2010 et 2013. La Grèce connaît la situation la plus défavorable, avec un taux de renoncement aux soins médicaux passant de 5,5 % en 2010 à 9,0 % en 2013 et particulièrement élevé pour les plus bas revenus et les chômeurs (respectivement 14,9 % et 11,7 % en 2013).

De manière similaire, l'Italie présente un taux de renoncement aux soins élevé, en forte augmentation entre 2010 et 2013, et particulièrement défavorable pour les plus bas revenus et les chômeurs (respectivement, + 6 points et + 2 points pour atteindre 14,6 % et 10,9 % en 2013). En France, le taux de renoncement aux soins augmente modérément en 2010 et 2013 : il passe de 1,9 % à 2,7 % pour l'ensemble de la population et de 5,1 % à 5,7 % pour les plus bas revenus. L'augmentation du taux de renoncement aux soins médicaux est cependant plus marquée pour les chômeurs, passant de 5,6 % à 7,0 % entre 2010 et 2013.

Le taux de renoncement aux soins dentaires en raison des trois motifs énoncés précédemment a lui aussi augmenté entre 2010 et 2013 pour l'UE28, passant de 4,6 % à 5,5 %. Cette hausse est particulièrement marquée dans les pays les plus durement affectés par la crise économique⁷ : en Grèce (où il passe de 6,0 % en 2010 à 8,7 % en 2013), en Irlande (de 3,7 % en 2010 à 5,8 % en 2013), en Espagne (de 5,0 % en 2010 à 7,5 % en 2013) et au Portugal (de 11,5 % en 2010 à 14,3 % en 2013).

Une espérance de vie en bonne santé en baisse dans plusieurs pays parmi les plus touchés par la crise

Une augmentation du taux de renoncement, due en partie à la hausse du reste à charge des ménages, pourrait avoir des conséquences sur l'état de santé de la population à moyen terme. Si aucune réduction des espérances de vie aux différents âges suite à la crise ne peut être à ce jour observée, l'espérance de vie en bonne santé, calculée par Eurostat grâce au module SILC, a connu sur cette période une tendance à la baisse dans certains pays, notamment pour la Grèce et l'Italie (*figure 6*). En Grèce, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance est passée de 67,6 ans en 2007 à 65,1 ans en 2013 pour les femmes. Pour les hommes, elle a également baissé, de 66,0 ans à 64,7 ans. En Italie, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance, égale à 62,6 ans en 2007 pour les femmes est tombée à 60,9 ans en 2013.

6. Évolution de l'espérance de vie en bonne santé à la naissance pour les femmes et les hommes

	en années			
	Femmes		Hommes	
	2007	2013	2007	2013
Allemagne	58,6	57,0	59,0	57,8
Espagne	63,2	63,9	63,5	64,7
France	64,4	64,4	62,8	63,0
Grèce	67,6	65,1	66,0	64,7
Irlande	65,6	68,0	62,9	65,8
Italie	62,6	60,9	63,4	61,8
Portugal	57,9	62,2	58,5	63,9
Royaume-Uni	66,0	64,8	64,6	64,4
Suède	66,8	66,0	67,7	66,9

Source : Eurostat, SILC, 2007 et 2013.

7. Les données ci-après se réfèrent aux années disponibles les plus proches de 2010 et de 2013 pour ces pays.

Cependant, ces évolutions n'ont à l'inverse pas été défavorables dans plusieurs pays également durement touchés par la crise, comme l'Irlande et le Portugal. De manière générale, il faut souligner que ces données sont par nature assez fragiles car le calcul de l'espérance de vie en bonne santé s'appuie sur les déclarations de personnes relatives à leur état de santé. Or, la perception de son état de santé peut en particulier être influencée – plutôt défavorablement en période de crise – par des facteurs socioculturels ou des réactions à des débats nationaux sur les politiques de santé. Aussi, ces évolutions ainsi que le lien avec la crise sont-elles à analyser avec précaution, aucune causalité n'ayant été démontrée. ■

Pour en savoir plus

Beffy M. et Roussel R., « L'emploi et les politiques sociales en Europe à l'épreuve de la crise », in *La protection sociale en France et en Europe en 2013* - édition 2015, Drees, mai 2015.

Briet R., « Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie », avril 2010, Présidence de la République.

« Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2015 », CNAMTS, juillet 2014.

Les Comptes nationaux de la santé 2014 - édition 2015, Drees, septembre 2015.

« Rapport annuel du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie - 2013 », HCAAM.

"Health Systems in Times of Global Economic Crisis : an Update of the Situation in the WHO - European Region", OMS, avril 2013.

Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., Karanikolos M., Evetovits T., Thomson S. et McKee. M., "Health policy responses to the financial crisis in Europe", *Policy summary 5*, OMS, Copenhagen, 2012.

Morgan D., Astolfi R., "Health Spending Growth at Zero", *OCDE Health Working Papers* n° 60, 2013.

Morgan D., Astolfi R., "Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries", *OCDE Health Working Papers* n° 68, 2014.

Panorama de la santé : Europe 2014, OCDE, 2014.

Portela M. et Thomas S., "Impact of the Economic Crisis on Healthcare Resources : an European Approach", *International Journal of Healthcare Management*, avril 2013.

Programme de qualité et d'efficacité « maladie », annexe 1 au PLFSS pour 2015, Direction de la Sécurité sociale.
