

Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe

Plan de l'article

Intro : question posée – contexte

I) Modalités prises par les politiques d'austérité et les « réformes structurelles » dans le domaine du soins et de la santé depuis 2010

II) Les évolutions des dépenses de santé

Conclusion : une erreur (aussi) du point de vue des politiques économiques



Question posée : impact des politiques de « consolidation » budgétaire sur les dépenses (publiques) de santé et le service public de santé, ~~le soin, la santé~~ dans l'Union européenne

Contexte

2008-2009 : « Grande récession » (suite à la « crise des subprimes »)

2009-2010 : plans de relance (+ ou – significatifs et éphémères) dans certains pays (et/ou jeu variable des stabilisateurs économiques)

2010 -.... : « tournant de l'austérité »

= « consolidations » budgétaires suite à la « crise des dettes souveraines »

Mais ampleur (et calendrier) des restrictions budgétaires très différents

- Grèce, Irlande, Portugal (Troïka), Roumanie, Hongrie, pays baltes (mémoires du FMI)
- Espagne, Royaume-Uni, Italie.... France
- Allemagne

I) Modalités prises par les politiques d'austérité et les « réformes structurelles » dans le domaine du soin et de la santé

1. Les « ajustements quantitatifs » immédiats dans le secteur de la santé : baisse des salaires et des emplois, dégradation des conditions de travail

2. Une accélération des réformes dites structurelles

2.1. L'introduction de mécanismes ou logiques de marché au cœur des services publics délivrant les soins - « privatisation interne de la délivrance des soins » (nouvelles règles de gestion, de financement et de nouvelles pratiques de management inspirées du « new public management »)

2.2. Le transfert de la fourniture des soins du public vers le privé - « privatisation externe de la délivrance des soins » (« agencification », vente d'hôpitaux publics à des fonds privés, externalisation, etc.)

2.3. Le développement du financement par les ménages et l'assurance privée (la « privatisation externe du financement du soin » (les « déremboursement »)



II) Les évolutions des dépenses de santé

1. Les enseignements de la littérature sur l'évolution des dépenses de santé et ses « déterminants »

Les crises et les récessions ne sont pas responsables de l'évolution (dégradation) des systèmes de soins (et de la situation sanitaire), ce sont les politiques en réaction à ces crises (austérité vs. soutien à l'activité) qui sont décisives.

- résultat confirmé pour les expériences passées
- mais quid de la séquence commencée avec la Grande récession de 2008-9 ?

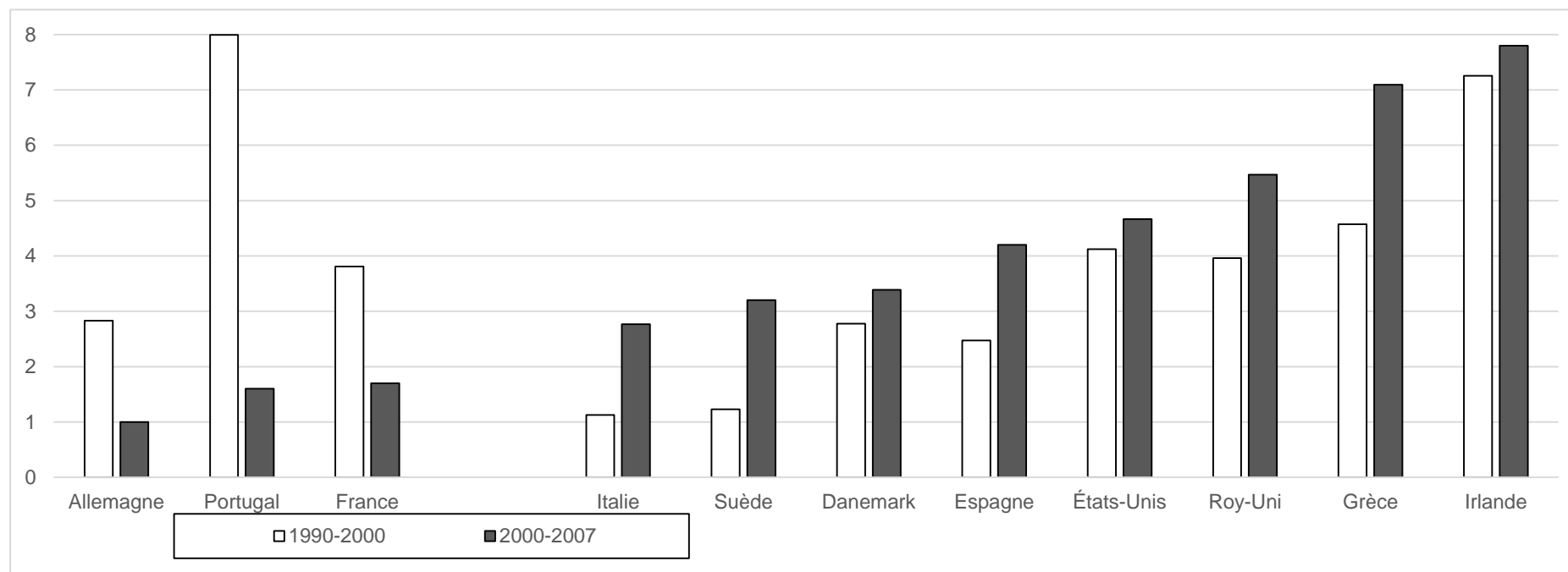


2. Avant la crise (2000-2007), une accélération du rythme de croissance des dépenses publiques de santé...

.... sauf en Allemagne, au Portugal et en France

⇒ La période de restrictions postérieure à 2010 : vécue en France comme une continuité, non comme une rupture

Taux de croissance annuel moyen des dépenses publiques de santé par habitant, en termes réels – 1990-2000 et 2000-2007 (%)



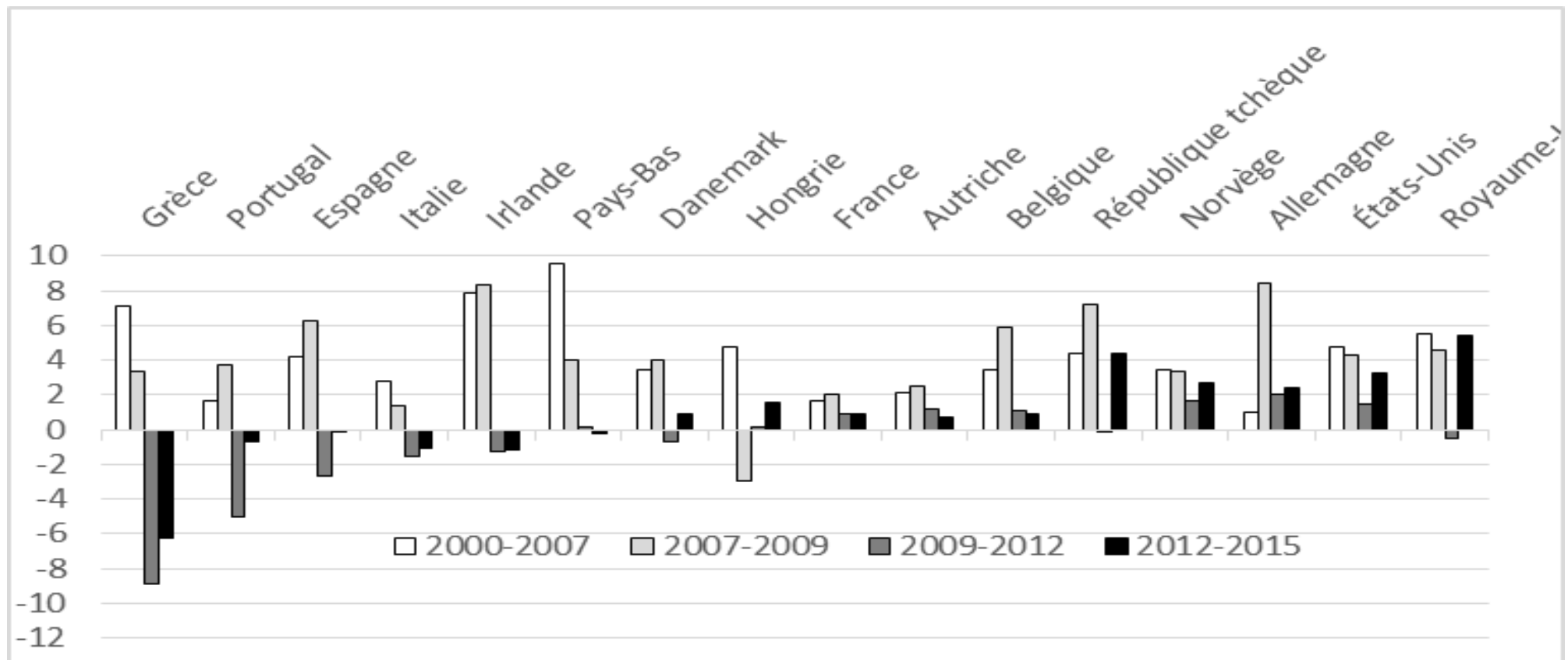
Dépenses publiques : régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé

Source : OCDE - rupture de série entre 1990-2000 (données base 2005) et 2000-2007 (données base 2010)

3. Face à la récession (2008-2009), une accélération de la croissance des dépenses publiques de santé (jouant un rôle de stabilisation économique)

- **Accélération du rythme de croissance des dépenses** en général
- **+ la part des dépenses publiques a augmenté** presque partout

L'évolution des dépenses publiques de santé (taux de croissance annuel moyen en termes réels - %)

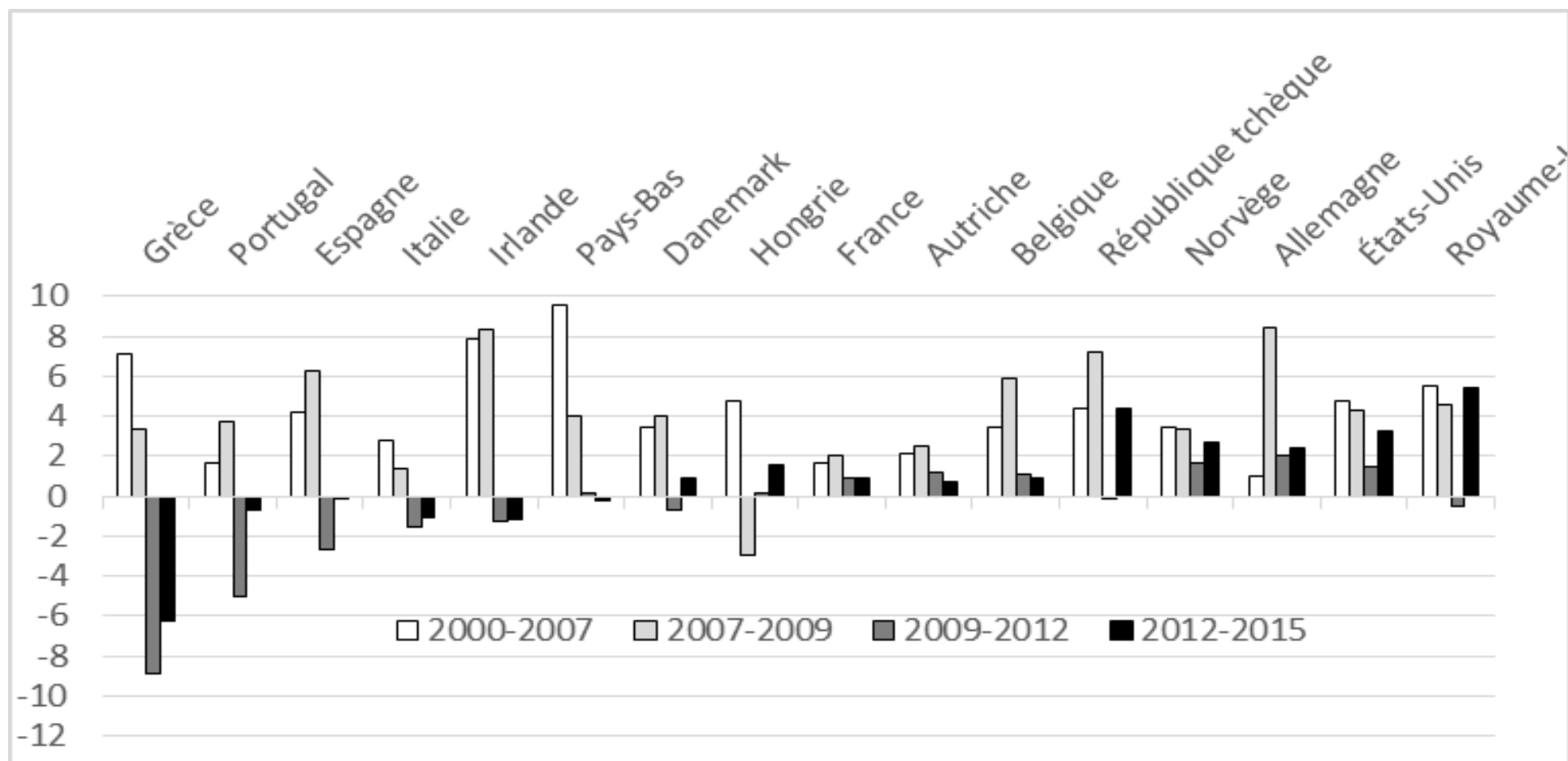


Source : OCDE

4. Une rupture sans précédent à partir de 2010 « historique » pour certains pays

L'évolution des dépenses publiques de santé

(taux de croissance annuel moyen en termes réels - %)



4. Une rupture sans précédent à partir de 2010 « historique » pour certains pays

4 trajectoires de pays selon l'importance (ou l'absence) de la rupture

(comparaison évolutions de la croissance des dépenses de santé par habitant entre 2000-2009 / 2009-2011 / 2011-15)

Des coupes très fortes et prolongées : Grèce, Portugal, Espagne, Italie, Irlande

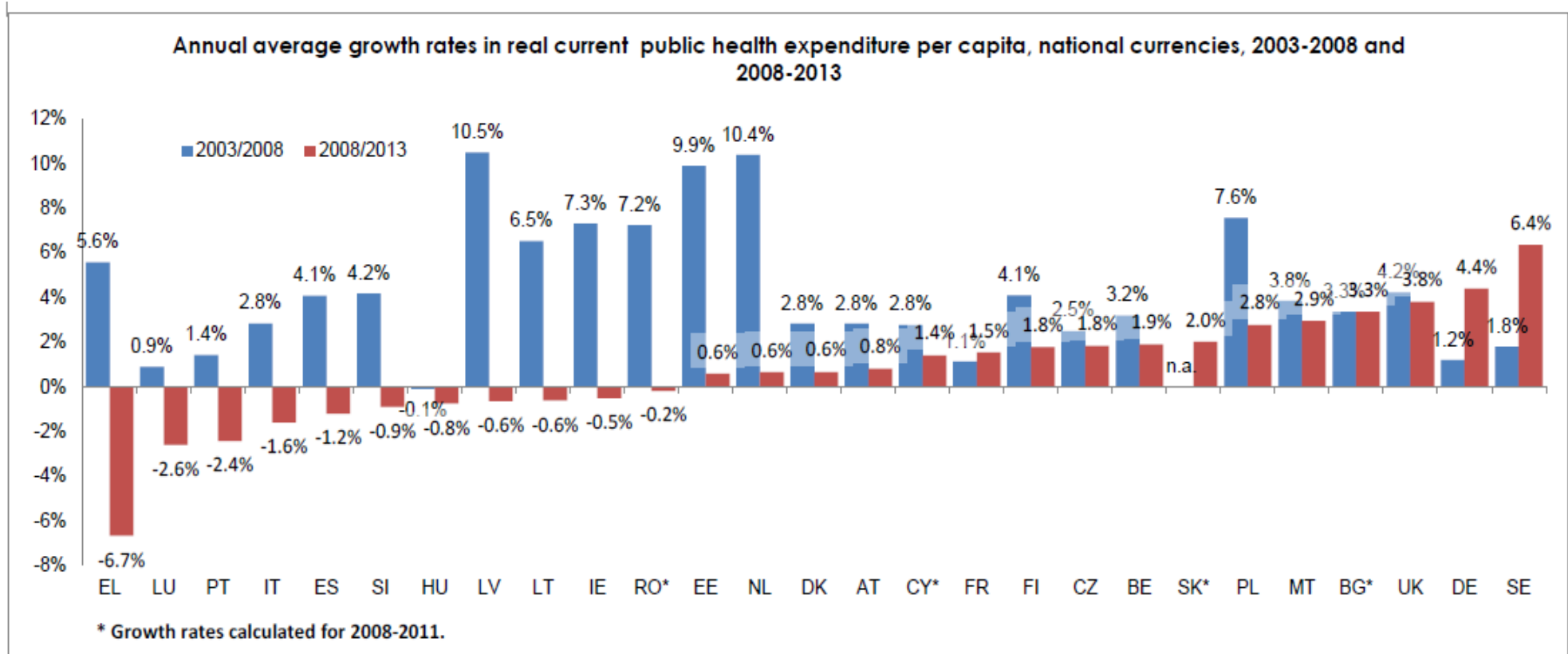
Des coupes fortes à partir de 2010, souvent atténuées à partir de 2012 : Danemark, Royaume-Uni, Pays-Bas, Slovénie, République tchèque, Pologne, Slovaquie

Un freinage important des dépenses, prolongé au-delà de 2012 : Hongrie, Belgique, Finlande, France, Autriche

Ni rupture, ni austérité en Allemagne



Une autre façon de présenter l’histoire **en noyant la rupture de 2010** sur la période 2008-2013 ce qui permet un commode « c’est la faute à la crise » (et non aux décisions politiques prises à partir de 2010)



(1) Calculations based on Eurostat, OECD and WHO health data.

Source: Commission services (DG ECFIN).

Conclusion : une erreur (aussi) du point de vue des politiques économiques

Les dépenses de santé

- effets positifs à long terme sur le développement économique (croissance, productivité...) = consensus relativement général
→ enseignement ? les réductions/restrictions des dépenses de santé devraient avoir un caractère transitoire
- réduction (limitations) des dépenses publiques et réduction à court terme des déficits publics ? les multiplicateurs budgétaires et les erreurs des organisations internationales (erreurs reconnues par le FMI en 2013)
- mais effets négatifs (sur la croissance et les déficits) plus importants des coupes dans les dépenses d'éducation, de protection sociale et de santé (en comparaison des dépenses pour la défense ou les aides aux banques et aux entreprises) du fait de multiplicateurs plus élevés
→ enseignement : une erreur au regard même des objectifs des politiques publiques (réduction des déficits publics)

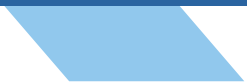


Conclusion : une erreur (aussi) du point de vue des politiques économiques

Cette dernière erreur d'analyse est, elle, toujours non reconnue !

→ autres préconisations de politiques publiques (y compris si l'objectif fixé est de réduire les déficits publics par diminution des dépenses publiques)

→ des restrictions des dépenses publiques de santé inefficaces au regard même de l'objectif de consolidation budgétaire et désastreuses du point de vue économique





Merci pour votre attention

Antoine Math (IRES)
antoine.math@ires.fr

ires