

**LES TRANSFORMATIONS CONTEMPORAINES
DES POLITIQUES DE SANTÉ EN EUROPE**

Christine ANDRÉ

**CEPREMAP
142 Rue du Chevaleret
75013 Paris**

Les transformations contemporaines des politiques de santé en Europe

Christine ANDRÉ

SOMMAIRE

I - L'ÉVOLUTION DES PRESTATIONS DE SANTÉ ET DES AUTRES PRESTATIONS SOCIALES	4
A-Des dépenses sociales qui connaissent une progression particulièrement rapide sur les vingt dernières années	4
B-Une évolution par domaine dominée par les pensions et la santé	7
1) Le poids déterminant de la vieillesse et de la santé dans l'ensemble des dépenses sociales	
2) Une certaine tendance à la convergence propre aux dépenses de santé	
II - LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ	16
A-Les évolutions	16
1) Les dépenses totales de santé: des évolutions contrastées	
2) Une tendance au recul de la part relative des dépenses publiques	
3) La progression de la part de l'assurance privée dans le financement	
4) Les grandes composantes des dépenses de santé: une très grande diversité de la structure	
5) La place des dépenses publiques dans chacune des composantes	
B-Quels facteurs sous-jacents aux évolutions?	25
1) Les variables considérées	
2) L'analyse en composantes principales: des changements significatifs dans la position relative des pays en 1980 et en 2000	
3) Quels regroupements de pays sur l'ensemble de la période?	
4) La charnière du début des années 1990?	
III - LES RÉFORMES	50
1) La Belgique: une évolution relativement limitée	
2) Les Pays-Bas: importance du secteur privé et rôle majeur de l'Etat-réglementeur	
3) L'Allemagne: des difficultés accrues par l'unification	
4) La France: centralisation et enchevêtrement	
5) L'Autriche: des changements relativement restreints	
6) Le Danemark: peu de modifications structurelles, recherche récente de la concurrence	
7) La Suède: vers une régionalisation accrue et la responsabilisation des acteurs	
8) La Finlande: une grande réforme au profit des régions et des incitations au développement du secteur privé	
9) Le Royaume-Uni: décentralisation et mécanismes de marché	
10) L'Irlande: une certaine réorientation vers la médecine ambulatoire et la protection complémentaire	
11) L'Italie: régionalisation grandissante et développement du secteur privé	
12) L'Espagne: imbrication des secteurs public et privé et régionalisation	
13) Le Portugal: encouragement des privatisations et des modes de gestion privés	
14) La Grèce: rôle majeur du secteur privé	
IV - CONCLUSION	72
Références	76
Annexes	79

L'importance et la croissance particulièrement soutenue des dépenses sociales, leur place majeure au sein des dépenses publiques, sont des caractéristiques générales des pays européens au cours des vingt dernières années. Parmi ces dépenses, deux grands postes se distinguent par leur poids, les retraites et les dépenses de santé. Ces deux domaines ont fait l'objet de diverses réformes dans la majorité des pays. Des travaux antérieurs¹ portant sur dix pays européens depuis 1980 ont montré que, malgré les nouvelles mesures adoptées, les typologies de l'Etat social et des systèmes de retraite que l'on pouvait établir au début des années 1980 étaient globalement maintenues au début des années 2000 même si quelques pays suivaient des sentiers divergents. Qu'en est-il plus précisément pour les systèmes de santé? Peut-on repérer des groupes de pays où les systèmes de santé et leurs évolutions présentent un plus grand degré de ressemblance? Quels sont les facteurs de rapprochement éventuel des systèmes? On se centre ici sur l'analyse de quatorze pays² de l'Union Européenne du point de vue de la structure et de la dynamique des dépenses de santé.

Dans une première partie, on examine comment les dépenses de santé se situent par rapport aux observations faites précédemment. Quelle place ont-elles dans l'évolution des dépenses sociales? Leurs évolutions présentent-elles des spécificités par rapport aux autres dépenses sociales? La seconde partie de ce papier traite plus précisément des transformations quantitatives des systèmes de santé. On examine d'abord l'évolution globale des dépenses de santé et de leurs composantes (répartition public-privé, grandes composantes). On étudie ensuite quels facteurs peuvent être sous-jacents à la proximité entre pays et quels changements ont lieu dans le temps au moyen d'une analyse en composantes principales et de modèles à effets fixes. Enfin, dans la troisième partie, on retrace les grandes lignes des principales réformes apportées aux systèmes de santé dans chaque pays.

I - L'évolution des prestations de santé et des autres prestations sociales

A - Des dépenses sociales qui connaissent une progression particulièrement rapide sur les vingt dernières années

Le périmètre des prestations sociales est ici celui défini dans les statistiques sociales d'Eurostat et porte donc sur les prestations de vieillesse, de santé, d'invalidité, familiales, de chômage, de logement, et d'assistance. Même si ces statistiques ont fait l'objet d'un traitement pour les rendre le plus homogènes possible, une certaine prudence doit être observée pour diverses raisons. Par exemple, ces séries couvrent essentiellement les dépenses publiques mais aussi une certaine part des dépenses privées en général très faible et variable selon les pays et les risques. En outre, des prestations associées à des risques différents peuvent correspondre à un même objet (cas de prestations de soins accordées à certaines catégories de la population qui peuvent être classées en "assistance" ou en "santé", etc.). De façon symétrique, une

¹ Voir notamment André (2001, 2002, 2003a, 2003b).

² Dans la présentation des tableaux et figures, on les regroupe systématiquement selon les quatre catégories qui s'avèrent être, dans la suite de ce papier, parmi les plus pertinentes et qui recourent l'une des typologies classiques associées à l'Etat-providence: pays continentaux (Belgique, Pays-Bas, Allemagne, France, Autriche), scandinaves (Danemark, Suède, Finlande), anglo-saxons (Royaume-Uni, Irlande), et du Sud (Italie, Espagne, Portugal, Grèce).

prestation relevant d'un "risque" donné peut remplir des fonctions associées à d'autres "risques" dans d'autres pays (cas de l'allocation d'invalidité des Pays-Bas qui en fait remplit aussi une fonction d'allocation de chômage, ou de la prestation de logement au Royaume-Uni qui a pendant longtemps été accordée de façon très large et remplissait un rôle de complément des autres prestations sociales dont le niveau était particulièrement bas, etc.).

Comment a varié l'importance des prestations sociales sur les vingt dernières années? La mesure habituelle servant à apprécier la place des dépenses sociales consiste à les comparer au PIB (Tableau 1).

Tableau 1 : Dépenses sociales en % du PIB

	1980	1990	1993	2001	Variation 2001-1980
Be	24,1	26,9	29,9	27,2	3,1
PB	26,9	27,6	28,6	21,8	-5,1
Al	23*	22,8*	26,9	27,4	
Fr	21,1	26,6	29,5	28,5	7,4
Au	22,5	24,1	26,6	26	3,5
Dk	29,1	29,3	32,3	29,2	0,1
Su	28,8	30,8	36,8	28,9	0,1
Fi	18,5	24,8	33,9	24,8	6,3
RU	18,4	19,8	24	22,1	3,7
Ir	17	18,6	20,3	13,8	-3,2
It	18,4	23,3	24,7	24,5	6,1
Es	15,9	19,5	22,5	19,6	3,7
Po	10,9	13,9	17,2	21,1	10,2
Gr	11,5	20,9	21,1	24,3	12,8

*Allemagne de l'Ouest

On observe un certain resserrement de l'écart de la part relative des dépenses qui passe de 10,9%-29,1% en 1980 à 13,8%-29,2% en 2001. Un phénomène de rattrapage caractérise l'évolution des pays du Sud, notamment celles du Portugal et de la Grèce et dans une moindre mesure celles de l'Espagne et de l'Italie, dont les dépenses étaient relativement faibles en 1980. Une hausse prononcée est aussi présente en Finlande et en France. De façon opposée, peu de changements interviennent au Danemark et en Suède où la part des dépenses était la plus élevée en 1980 et demeure semblable en 2001, et les dépenses relatives diminuent même aux Pays-Bas et en Irlande. Toute interprétation de ce tableau doit être cependant faite avec beaucoup de prudence dans la mesure où les variations du PIB sont spécifiques aux pays et ont donc des effets différenciés sur la part relative des dépenses.

Dans ce tableau, on fait apparaître également le caractère particulier de la période 1990-93 associée à une brusque montée des parts des dépenses. Le ralentissement général de la croissance du PIB à cette période en est une explication mais une certaine accélération de la hausse des dépenses intervient aussi dans certains pays, nous allons le voir. Cette période sépare deux périodes, 1980-90 et 1993-2001, chacune étant relativement homogène du point de vue du rythme des variations.

Pour éliminer les effets du PIB sur l'appréciation des variations des dépenses, on a calculé les taux de croissance des dépenses à prix constants³ par tête (Tableau 2).

³ L'indice de prix utilisé est celui du PIB en base 1995.

Tableau 2 : Taux de croissance annuel moyen des dépenses sociales par tête à prix constants, en %

	1980/2001	1980/90	1990/93	1993/2001	Variation: 1990/93- 1980/90	Variation: 1993/2001- 1990/93	Variation: 1993/2001- 1980/90
Be	2,37	2,36	3,93	1,04	1,57	-2,89	-1,32
PB	0,92	2,74	1,94	-0,65	-0,8	-2,59	-3,39
Al	2,05	2,04	3,11	1,65	1,07	-1,46	-0,39
Fr	3,06	4,11	3,55	1,59	-0,56	-1,96	-2,52
Au	2,79	2,93	4,26	1,69	1,33	-2,57	-1,24
Dk	2,02	1,74	0,37	0,64	-1,37	0,27	-1,1
Su	1,75	2,6	4,14	-0,14	1,54	-4,28	-2,74
Fi	3,5	5,62	6,24	-0,52	0,62	-6,76	-6,14
RU	2,9	2,95	6,8	1,49	3,85	-5,31	-1,46
Ir	3,76	4,52	5,11	2,11	0,59	-3	-2,41
It	2,95	3,99	2,42	1,87	-1,57	-0,55	-2,12
Es	3,72	4,13	5,32	1,17	1,19	-4,15	-2,96
Po	6,63	4,82	7,59	5,7	2,77	-1,89	0,88
Gr	3,8	4,11	0,42	4,79	-3,69	4,37	0,68

La comparaison des deux sous-périodes 1980-1990 et 1993-2001 montre qu'un ralentissement général se produit lorsque l'on passe de la première à la seconde sous-période à l'exception du Portugal et de la Grèce, et ce malgré un taux de croissance élevé dans ces deux pays dans les années 1980. Ce freinage peut être important: il est supérieur à deux points pour la moitié des pays.

Par ailleurs, si l'on compare les variations entre deux périodes qui se succèdent directement, variations que l'on peut considérer comme un indicateur de flexibilité, on constate que celles-ci prennent leurs valeurs les plus importantes au Royaume-Uni, en Finlande, en Suède et en Grèce. Rechercher les raisons de cette plus ou moins grande flexibilité au niveau de l'ensemble des dépenses sociales dépasse le cadre de notre analyse mais nous examinerons plus loin les variations pour les pensions et la santé.

Les résultats du Tableau 2 montrent aussi que l'accélération de la croissance des dépenses en pourcentage du PIB pour 1990-93, constatée ci-dessus, n'est pas le seul fait d'un ralentissement du PIB mais est parfois dû également à l'accélération de la hausse des dépenses. Seuls les Pays-Bas, la France, le Danemark, l'Italie et la Grèce connaissent une décélération des dépenses en 1990-93 par rapport à 1980-90. Le ralentissement de la croissance du PIB au tout début des années 1990 a ainsi donné lieu à des politiques différentes.

B - Une évolution des dépenses par domaine dominée par les pensions et la santé

Dans ce paragraphe, on comparera plus particulièrement les évolutions des principaux "risques", la vieillesse et la maladie.

Tableau 3-a : Part des principales prestations sociales, en % du total

(Ecart: différence entre la valeur de 2001 et celle de 1980.; *Allemagne de l'Ouest)

	Vieillesse				Santé				Invalidité				Famille				Chômage et Politique active de l'emploi			
	1980	1990	2001	Ecart	1980	1990	2001	Ecart	1980	1990	2001	Ecart	1980	1990	2001	Ecart	1980	1990	2001	Ecart
Be	37,9	38,9	41,5	3,6	22,2	24,6	23,6	1,4	15,7	11,9	12	-3,7	12,7	8,6	8,5	-4,2		14,1	12,8	12,8
PB	30,5	32,4	32,3	1,8	19,4	19,4	26	6,6	26,4	24,9	18,9	-7,5	9,4	6	5,2	-4,2	8,4	13	13	4,6
Al	47,2*	45,9*42,2(91)	44,1		29,7*	28,4*28,6(91)	29,3		9,1*	7,7*7,4(91)	8,4		10,1*	7,4* 8,1(91)	7				8,6	8,6
Fr	45,7	41,5	42,6	-3,1	27,4	24,6	25,2	-2,2	13,2	9,5	7,5	-5,7	11,6	10,4	9,9	-1,7		9,9	10,2	10,2
Au	52,1	51,7	51,6	-0,5	23,4	21,7	20,2	-3,2	8,7	8,8	9,8	1,1	13,9	11,1	11,2	-2,7		4,8	4,9	4,9
Dk	28,5	29,4	28,4	-0,1	27,5	24	24,1	-3,4	14,6	11,4	13,2	-1,4	9,8	11,3	13	3,2	18,2	18,2	15,3	-2,9
Su	29,3	30,4	34	4,7	29,1	24,4	25,7	-3,4	17	18,3	17,9	0,9	13,8	14,6	10,1	-3,7	5,5	8,2	8	2,5
Fi	32,7	32,8	35,8	3,1	27,2	25,6	21,3	-5,9	19,1	17,3	15,6	-3,5	10,1	13,1	12,1	2	8,8	8,5	11,8	3
RU	40,8	40,2	39,9	-0,9	27,4	25,4	28	0,6	5,6	10,7	11,4	5,8	12,8	9,9	10,2	-2,6	9	6,4	2,8	-6,2
Ir	33,8	28,7	25,2	-8,6	40,3	23,6	35,5	-4,8	14,1	10,4	10,2	-3,9	6,5	8,7	11,9	5,4		21,2	10,2	10,2
It	49,3	51,9	56,8	7,5	30,7	27,3	25,9	-4,8	10,8	11,4	8,7	-2,1	6	4,5	4	-2	3,2	4,6	4,4	1,2
Es	40,3	42,2	45,3	5	27,2	26,9	27,3	0,1	15,4	11,9	12,1	-3,3	3	1,7	2,5	-0,5	13,7	16	10,9	-2,8
Po	37,5	38,7	44,4	6,9	32,9	29,1	30	-2,9	19,1	18,3	11,8	-7,3	7,2	6,6	5,5	-1,7		6,8	7,1	7,1
Gr	52,6	54,8	55,7	3,1	31,9	19	21,5	-10,4	9,7	11,1	7,4	-2,3	3	7,8	7,5	4,5		3,8	2,3	2,3

Tableau 3-b : Prestations sociales en % du PIB

(*Allemagne de l'Ouest)

	Vieillesse			Santé			Invalidité			Famille			Chômage			Politique active de l'emploi		
	1980	1990	2001	1980	1990	2001	1980	1990	2001	1980	1990	2001	1980	1990	2001	1980	1990	2001
Be	9,2	10,5	11,3	5,4	6,6	6,4	3,8	3,2	3,3	3,1	2,3	2,3	2,5	2,6	2,2	na	1,2	1,3
PB	8,2	9	7,1	5,2	5,4	5,7	7,1	6,9	4,1	2,5	1,7	1,1	1,7	2,5	1,3	0,6	1,1	1,5
Al	10,9*	10,4*	12,1	6,8*	6,5*	8	2,1*	1,8*	2,3	2,3*	1,7*	1,9	0,5*	0,7*	1,2	na	1,1*	1,1
Fr	9,6	11	12,1	5,8	6,6	7,2	2,8	2,5	2,1	2,5	2,8	2,8	na	1,8	1,6	na	0,8	1,3
Au	11,7	12,5	13,4	5,2	5,2	5,2	2	2,1	2,5	3,1	2,7	2,9	na	0,8	0,8	na	0,3	0,5
Dk	8,2	8,6	8,3	8	7	7,1	4,3	3,3	3,9	2,8	3,3	3,8	4,9	4,3	3	0,4	1,1	1,5
Su	8,4	9,4	9,8	8,4	7,5	7,4	4,9	5,6	5,2	4	4,5	2,9	0,4	0,9	1	1,2	1,7	1,4
Fi	6,1	8,1	8,8	5	6,3	5,3	3,5	4,3	3,9	1,9	3,2	3	0,7	1,1	2	1	1	0,9
RU	7,4	7,9	8,8	5	5	6,2	1	2,1	2,5	2,4	2	2,3	1,1	0,7	0,3	0,6	0,6	0,4
Ir	5,7	5,4	3,5	6,8	4,4	4,9	2,4	1,9	1,4	1,1	1,6	1,6	na	2,6	0,7	na	1,4	0,7
It	9,1	12	13,9	5,6	6,4	6,3	2	2,7	2,1	1,1	1	1	0,6	0,8	0,6	na	0,2	0,5
Es	6,4	8,3	8,9	4,3	5,3	5,4	2,4	2,3	2,4	0,5	0,3	0,5	2	2,3	1,3	0,2	0,8	0,8
Po	4,1	5,4	9,4	3,6	4,1	6,3	2,1	2,5	2,5	0,8	0,9	1,2	0,3	0,4	0,9	na	0,6	0,6
Gr	6	11,4	13,6	3,7	4	5,2	1,1	2,3	1,8	0,3	1,6	1,8	0,2	0,4	0,4	na	0,4	0,2

1) Le poids déterminant de la vieillesse et de la santé dans l'ensemble des dépenses sociales

Deux domaines dominent l'ensemble des dépenses sociales, les pensions et la santé (Tableau 3-a). Les dépenses de santé viennent en général en seconde position derrière les retraites, avec une part qui varie entre 20,2% et 35,5% du total en 2001, alors que celle des pensions occupe alors entre 25,2% et 56,8% de l'ensemble. L'Irlande constitue un cas à part, la part de la santé atteignant 35,5% en 2001 alors que celle des retraites n'est alors que de 25,2%. Les autres domaines occupent une part sensiblement plus petite, le plus souvent inférieure à 10%. Les prestations d'invalidité aux Pays-Bas constituent une exception de ce point de vue car elles atteignent 18,9% en 2001 du fait du rôle de ces prestations dans l'indemnisation du chômage.

Le classement des pays selon la place relative des dépenses de santé, qui traduit l'importance relative de la santé par rapport aux autres prestations, varie au cours de la période étudiée (Tableau 3-a). En 1980, cette part est la plus faible dans le groupe des pays continentaux et la plus forte dans les pays anglo-saxons et ceux du Sud, au sein d'une fourchette de 19,4%-40,3%. Par contre, en 2001, les valeurs extrêmes se rapprochent et le classement des groupes est moins clair, la place de la santé restant toutefois relativement plus importante dans les pays anglo-saxons.

La variation de la part relative d'une catégorie entre 1980 et 2001 (Tableau 3-a) traduit le poids de la combinaison des facteurs endogènes et exogènes s'exerçant sur cette catégorie relativement à celui des autres prestations. *Au total, les prestations de santé s'avèrent être, avec les prestations d'invalidité, le domaine ayant connu le plus souvent une réduction relative sur l'ensemble de la période, celle-ci étant en outre d'intensité importante.* Les Pays-Bas surtout, la Belgique, et dans une moindre mesure le Royaume-Uni, constituent une exception à cette règle puisque la santé tend à occuper une part croissante⁴. Ceci peut résulter non seulement de mesures visant la santé mais aussi de celles visant d'autres risques (par exemple forte réduction relative de l'invalidité aux Pays-Bas et plus légèrement en Belgique, réduction des prestations familiales dans les trois pays, etc.).

A l'opposé, les prestations de vieillesse ont le plus souvent nettement augmenté en part relative, sauf en Irlande. On peut se demander si la baisse relative de la santé, quand elle se produit, ne résulte pas surtout de tensions provenant d'une hausse des retraites dans un contexte de recherche du contrôle des dépenses sociales totales. Ce cas ne semble pouvoir se rencontrer qu'en Suède et en Finlande et dans trois pays du Sud (Italie, Portugal, Grèce). Ceci pourrait signifier que, dans le cas du Portugal et de la Grèce, la priorité au sein de la politique sociale accordée au "rattrapage" des retraites a été plus grande que celle accordée au "rattrapage" du système de santé, et/ou que les facteurs de croissance "automatique" des dépenses ont été plus forts pour les retraites que pour la santé une fois que les systèmes correspondants ont été transformés au début des années 1980 (voir la partie III). Evaluer la part relative de la variation résultant des réformes et celle résultant d'effets automatiques nécessiterait une étude complexe pour chaque domaine.

Parmi les autres prestations, notons que la place des pensions d'invalidité et celle des prestations familiales ont souvent diminué alors que celle concernant l'ensemble chômage-politique active de l'emploi plutôt augmenté.

⁴ La part de ces dépenses reste stable en Espagne.

2) Une certaine tendance à la convergence propre aux dépenses de santé

Les évolutions des domaines appréciés en points de PIB et leurs profils temporels se différencient sensiblement selon les pays (Tableau 3-b). On se concentrera plus particulièrement dans ce paragraphe sur une comparaison des évolutions des dépenses sociales totales, des dépenses de santé et de celles de vieillesse. Rappelons que les séries Eurostat pour la santé semblent concerner essentiellement la part publique des dépenses et que celles pour la vieillesse associent parfois, et de façon très incomplète et inégale selon les pays, des dépenses privées. Les comparaisons doivent donc être considérées avec une grande prudence.

Alors qu'en général le pourcentage dans le PIB des prestations de vieillesse et celui des dépenses de santé augmentent entre 1980 et 2001, quelques pays se distinguent par des combinaisons spécifiques: stabilité ou hausse des retraites et baisse des dépenses de santé au Danemark et en Suède, baisse des retraites et hausse de la santé aux Pays-Bas, baisse de ces deux postes en Irlande. Les variations relatives des autres prestations sont nettement plus faibles dans la majorité des cas.

Les dépenses de santé ont en général moins augmenté que les retraites (sauf aux Pays-Bas et en Irlande). Les hausses les plus importantes ont pris place au Portugal et en Grèce ("rattrapage"), mais aussi en France et au Royaume-Uni, ce qui conduit la France à être aujourd'hui un des pays où le niveau relatif des dépenses de santé est le plus élevé avec le Danemark et la Suède. Seuls trois pays se distinguent par un freinage relatif de la santé: l'Irlande et dans une moindre mesure le Danemark et la Suède, c'est-à-dire les pays où le niveau de départ était le plus haut en 1980.

L'examen de la Figure 1-b qui lie la variation des dépenses de santé pour l'ensemble de la période au niveau de départ en 1980, en pourcentage du PIB, montre qu'une relation assez nette est établie: plus le niveau de départ est faible, plus fort est l'accroissement total. Ceci semble indiquer une certaine forme de convergence ou de stabilisation pour ces dépenses. Un tel mouvement n'apparaît pas sur la Figure 1-c concernant les pensions, alors qu'il se retrouve sur la Figure 1-a concernant l'ensemble des dépenses sociales. Le calcul des régressions pour ces trois cas confirme ces observations: le coefficient de corrélation, bien que faible, est très nettement supérieur dans le cas de la santé (0,56) à celui pour les dépenses sociales (0,46) et surtout à celui pour les pensions (0,05). Les pentes sont respectivement de -0,62, -0,57 et -0,28.

Figure 1-a

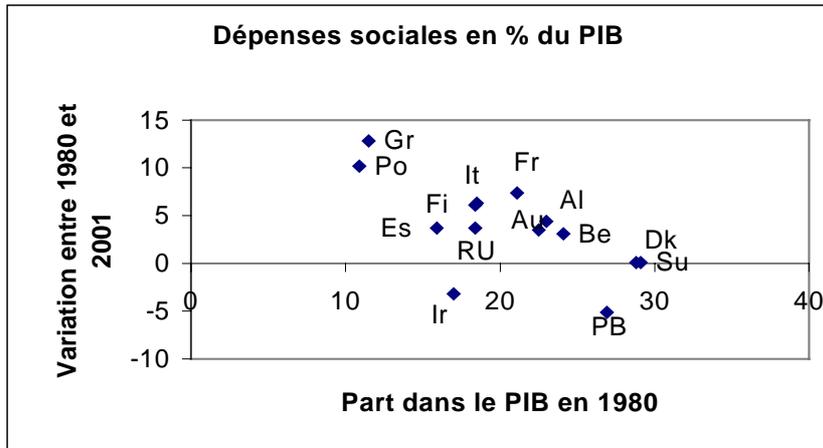


Figure 1-b

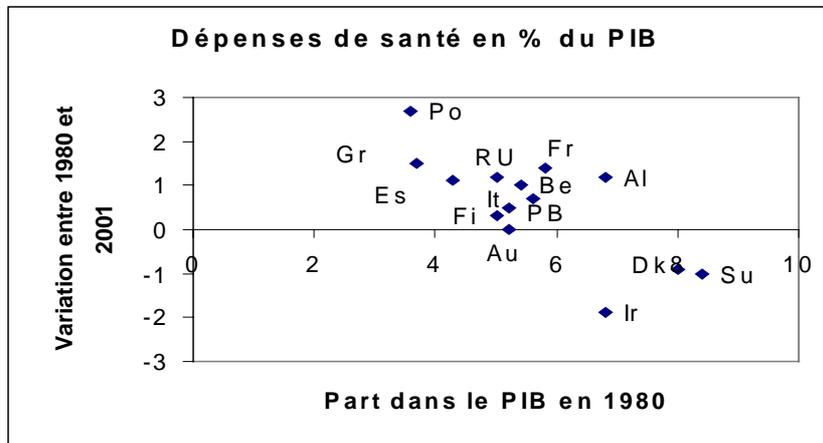
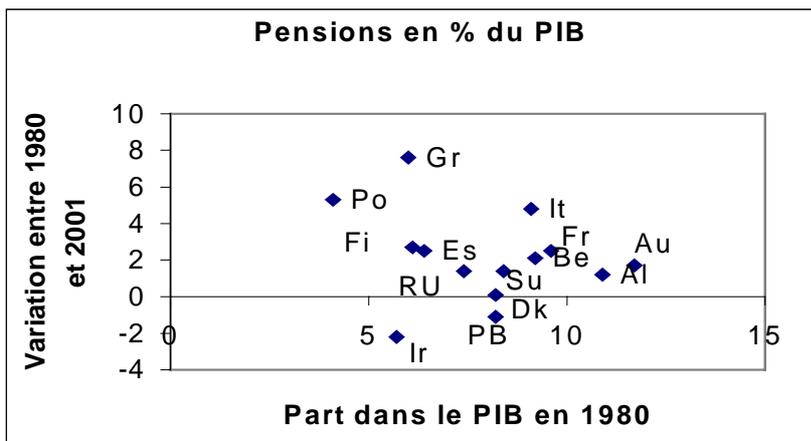


Figure 1-c



(Source des séries: Eurostat, Dépenses et recettes de protection sociale, série annuelle. Rappelons que ces séries couvrent essentiellement les dépenses publiques)

Par ailleurs, le calcul des taux de croissance des prestations à prix constants par tête permet de comparer les évolutions en écartant les mouvements du PIB qui sont propres à chaque pays.

Tableau 4: Taux de croissance annuel moyen des dépenses par tête à prix constants, en %

	Dépenses sociales			Santé			Vieillesse		
	1980-2001	1980-1990	1993-2001	1980-2001	1980-1990	1993-2001	1980-2001	1980-1990	1993-2001
Be	2,37	2,36	1,04	2,43	3,79	0,96	3,09	2,28	1,84
PB	0,92	2,74	-0,65	2,51	1,57	1,25	1,48	2,19	0,18
Al	2,05	2,04	1,65	1,98	1,67	1,86	1,54	1,59	2,55
Fr	3,06	4,11	1,59	2,61	2,76	1,83	2,83	2,93	2,03
Au	2,79	2,93	1,69	2,45	2,23	0,64	2,63	2,87	2,34
Dk	2,02	1,74	0,64	0,92	0,45	2,21	2,15	2,00	0,70
Su	1,75	2,60	-0,14	0,65	0,63	2,93	2,49	2,84	0,92
Fi	3,50	5,62	-0,52	1,67	4,68	1,51	3,39	5,78	1,55
RU	2,90	2,95	1,49	3,15	2,51	2,96	3,13	2,01	2,36
Ir	3,76	4,52	2,11	3,19	-1,45	7,05	1,88	1,98	1,50
It	2,95	3,99	1,87	2,17	3,54	2,27	3,64	4,72	2,20
Es	3,72	4,13	1,17	3,81	3,92	2,07	4,18	4,38	2,37
Po	6,63	4,82	5,70	6,53	3,73	7,23	7,27	5,31	6,72
Gr	3,80	4,11	4,79	1,60	-1,51	3,96	3,98	5,67	5,51

Dans une majorité de pays, la croissance postérieure à 1993 est inférieure à celle des années 1980⁵. Pour la santé, les exceptions sont la Grèce et l'Irlande (pays où les dépenses tendaient à diminuer avant 1990), le Portugal, et le Danemark et la Suède (dans ces deux derniers pays, la croissance était très faible dans les années 1980).

L'Irlande et le Portugal sont caractérisés par une croissance annuelle exceptionnellement élevée, puisque supérieure à 7%, pour les années récentes (voir le III).

En outre, le ralentissement de la croissance entre ces deux périodes est généralement moins marqué pour la santé que pour les pensions, et, dans les cas d'accélération de la croissance pour ces domaines, celle-ci est plus forte pour la santé. Les seuls cas où le freinage est plus important pour la santé sont la Belgique et l'Autriche.

Les Figures 2 comparent la différence du taux de croissance des dépenses par tête à prix constants pour les années 1980 et les années 1990 avec le taux de croissance de la période de départ (1980-90). A nouveau, il semble qu'il y ait bien un lien entre ces deux grandeurs pour la santé (Figure 2-b): plus la croissance est faible au début de la période, plus la croissance augmente sur la fin de la période. Par contre, une telle liaison ne semble pas se dessiner ni pour les retraites (Figure 2-c), ni (ou très peu) pour les dépenses sociales totales (Figure 2-a). Le calcul des régressions montre en effet que le coefficient de corrélation est de 0,67 pour la santé, 0,10 pour les dépenses sociales, 0,09 pour les retraites, les pentes étant respectivement de -1,39, -0,48 et -0,34. Ceci tend à confirmer une plus grande tendance à la convergence ou à la stabilisation pour les dépenses de santé que pour l'ensemble des dépenses sociales et pour les pensions.

Enfin, si l'on examine les modifications intervenues entre les sous-périodes 1980-90, 1990-93 et 1993-2001, les variations des taux de croissance entre deux sous-périodes successives atteignent des valeurs nettement plus fortes pour les domaines comme l'invalidité, la famille et le chômage que pour la santé et la vieillesse, ce qui tend à témoigner d'une plus grande "flexibilité" des premiers domaines. On peut penser que ceci résulte d'une plus grande

⁵ On a écarté ici les résultats pour la courte période 1990-93 pour ne s'intéresser qu'aux périodes de moyen terme.

marge de manoeuvre du gouvernement dans le cas de ces risques⁶ qui n'ont pas le statut de "compromis institutionnalisé"⁷ associé par contre aux systèmes de retraites et de santé. En outre, les mesures en matière de retraites et de santé n'exercent en général leurs effets que dans le moyen-long terme⁸, notamment parce qu'elles ne peuvent être souvent mises en oeuvre que de façon progressive, ce qui explique en partie le caractère plus lisse de leurs évolutions.

⁶ Bien évidemment, dans le cas du chômage, les variations du nombre de chômeurs peuvent aussi conduire à des évolutions assez rapides.

⁷ Voir André (1995)

⁸ Voir, pour les retraites, André (2002, 2003b).

Figure 2-a

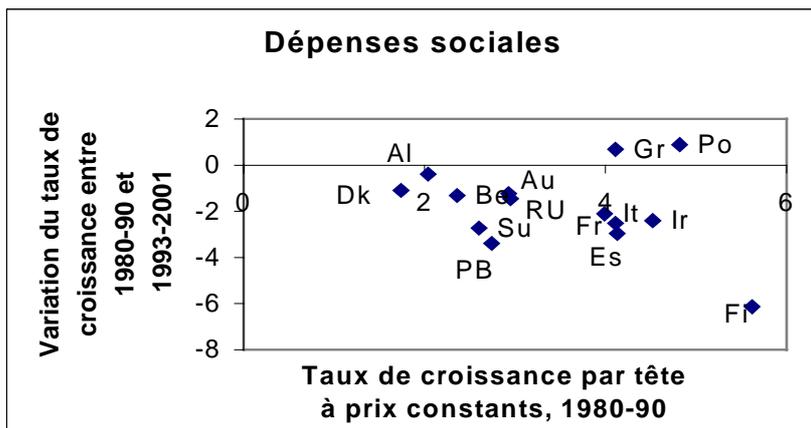


Figure 2-b

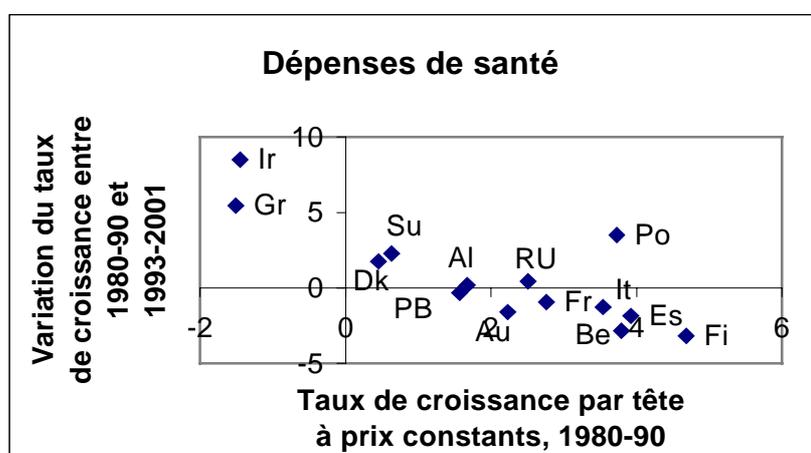
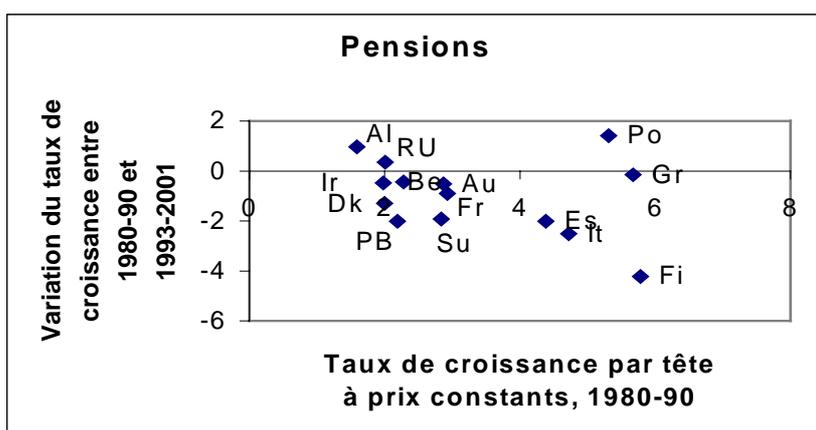


Figure 2-c



II - Les dépenses totales de santé

A - Les évolutions

Les séries statistiques précédentes concernaient de fait seulement les dépenses publiques de santé mais l'analyse des dépenses de santé nécessite évidemment de prendre aussi en compte les dépenses privées. La suite de ce papier est donc fondée sur la base de données OCDE-IRDES qui fournit des informations pour les dépenses totales. Cependant, les séries présentent malgré tout un degré de comparabilité réelle inégal selon les pays, en particulier en ce qui concerne les dépenses du secteur privé. Les résultats doivent donc être considérés avec prudence.

1 - Les dépenses totales de santé: des évolutions contrastées

Compte tenu des différences de taille de la population et d'évolution des prix, il est naturellement nécessaire de prendre en compte systématiquement les séries de dépenses par tête à prix constants. L'indice de prix utilisé est celui du PIB (base 1995). Cette solution n'est pas totalement satisfaisante dans la mesure où les évolutions des prix de la santé, lorsqu'elles sont connues, se positionnent de façon différente selon les pays par rapport au PIB, mais le nombre de pays et d'années pour lesquels la base de données fournit des indications est trop limitée pour que l'on puisse en tenir compte (voir II-B-1 pour plus de détails). Un autre problème est celui de l'utilisation d'une conversion des dépenses tenant aussi compte des parités de pouvoir d'achat (PPA), solution choisie ici (voir II-B-1).

La comparaison des dépenses totales de santé au PIB (Tableau 5) montre que la position relative des pays varie sensiblement sur les vingt ans étudiés. Alors que le Danemark et la Suède se situaient en haut de l'échelle en 1980 avec plus de 9%, ce sont aujourd'hui l'Allemagne, la France, la Belgique, le Portugal et la Grèce qui consacrent plus de 9% du PIB à la santé. A l'opposé, alors qu'au début de la période les dépenses étaient les plus faibles (moins de 6%) au Royaume-Uni, au Portugal et en Grèce, ce sont désormais la Finlande et l'Irlande qui ont les dépenses les moins élevées (moins de 7%).

Tableau 5: Dépenses totales de santé en % du PIB et Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé par tête à prix constants et en parité de pouvoir d'achat

	Dépenses totales de santé en % du PIB				Taux de croissance annuel moyen des dépenses totales de santé par tête à prix constants en PPA, en %				
	1980	1990	2001	Ecart: 2001-1980	80/89	89/93	93/00	80/00	Ecart: 93/00-80/89
Be	6,4	7,4	9	2,6	3,07	3,49	3,58	3,35	0,51
PB	7,5	8	8,5	1	1,73	3,26	2,32	2,64	0,59
Al	8,7*	8,5*	10,8		2,04*	3,58*	2,30		0,26
Fr	7,1	8,6	9,4	2,3	3,44	3,51	1,70	2,97	-1,74
Au	7,6	7,1	7,6	0	2,16	4,23	1,64	3,07	-0,52
Dk	9,1	8,5	8,6	-0,5	1,13	0,69	2,11	1,19	0,98
Su	9,1	8,4	8,8	-0,3	0,92	-1,10	3,12	0,92	2,20
Fi	6,4	7,8	7	0,6	4,47	0,19	1,27	2,02	-3,20
RU	5,6	6	7,5	1,9	3,32	4,43	3,30	3,54	-0,02
Ir	8,4	6,1	6,9	-1,5	-0,12	6,48	6,33	3,35	6,45
It		8	8,3		3,54	2,19	1,99	2,59	-1,55
Es	5,4	6,7	7,5	2,1	3,45	5,76	2,94	4,63	-0,51
Po	5,6	6,2	9,3	3,7	4,43	6,31	6,35	5,49	1,92
Gr	6,6	7,4	9,4	2,8	1,21	4,53	3,40	3,37	2,19

*Allemagne de l'Ouest

Globalement l'écart entre tous les pays des dépenses en pourcentage du PIB reste stable (3,7 points en 1980, 3,9 points en 2000). A l'intérieur du groupe des pays continentaux, l'écart tend à augmenter du fait de la stagnation des dépenses en Autriche alors que les dépenses s'accroissent dans les autres pays. Par contre, le groupe scandinave reste plus homogène. L'écart entre le Royaume-Uni et l'Irlande se réduit. La variation interne aux pays du Sud semble stable.

Comme pour les dépenses publiques de santé, une certaine compensation se dessine entre le niveau relatif des dépenses totales et leur accroissement ultérieur (Figure 3)⁹.

L'examen des taux de croissance des dépenses par tête (Tableau 5) confirme les différences entre pays et groupes de pays. Sur l'ensemble de la période 1980-2001, le Danemark et la Suède connaissent les taux de croissance les plus faibles, de l'ordre de 1%. Les taux les plus élevés s'observent en Espagne et au Portugal, avec plus de 4,6%. Dans les autres pays, le taux de croissance varie entre 2% et 3,5%.

Le profil d'évolution des dépenses totales de santé est similaire à celui des séries de dépenses publiques de santé examiné dans la partie I, avec une accélération temporaire au début des années 1990 sauf dans les pays scandinaves et en Italie.

Pour les années postérieures à 1993, deux pays se distinguent par un taux de croissance extrêmement élevé, l'Irlande et le Portugal (plus de 6%). Ces taux varient entre 1,6% et 3,6% ailleurs. Ils sont les plus faibles en France et en Autriche (de l'ordre de 1,6%-1,7%).

Enfin, la différence du taux de croissance entre les périodes 1980-89 et 1993-2001 est souvent assez semblable pour les dépenses totales de santé et les séries (essentiellement publiques) de la partie I, avec cependant des différences prononcées surtout pour la Belgique (stabilité du taux de croissance des dépenses totales, freinage des dépenses publiques),

⁹ Le coefficient de corrélation est de 0,48, la pente est de -0,80.

l'Irlande, le Portugal et la Grèce (accélération forte des dépenses totales mais inférieure à celle des dépenses publiques). Le freinage des dépenses totales lorsque l'on compare le début et la fin des vingt années examinées est particulièrement élevé en Finlande (-3,2%), en France (-1,74%) et en Italie (-1,55%). Cependant, compte tenu de l'inégalité de la connaissance des dépenses selon les pays et les périodes, ces mouvements sont à considérer avec précaution. On peut probablement considérer que les comparaisons sur la période postérieure à 1993 sont plus solides.

La liaison entre taux de croissance initial et variation du taux de croissance entre les périodes 1980-89 et 1993-2001 semble à nouveau être présente (Figure 4)¹⁰.

Au total, une certaine compensation entre les valeurs initiales et l'évolution ultérieure des dépenses de santé, que l'on considère leur part dans le PIB ou leur rythme de croissance, se dessine systématiquement, ce que l'on pourrait considérer comme un indicateur de convergence ou de stabilisation des dépenses.

¹⁰ Le coefficient de corrélation est de 0,55, la pente est de -1,22.

Figure 3

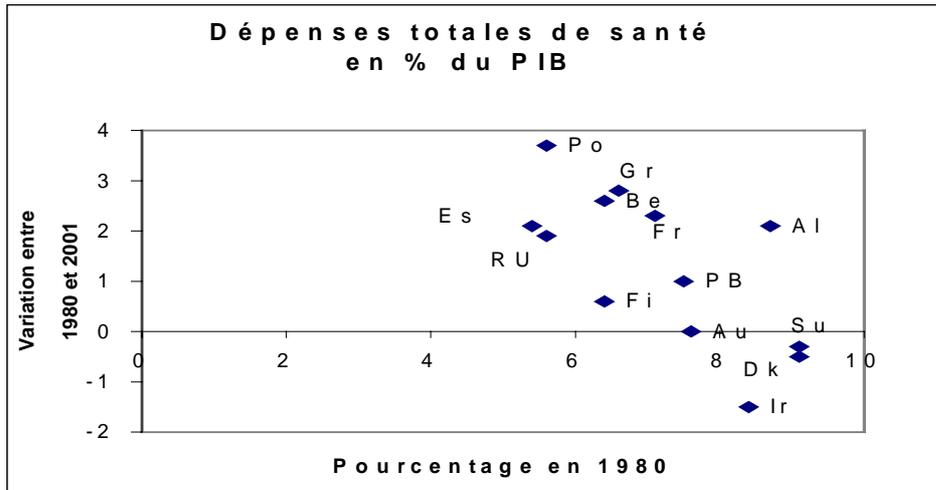
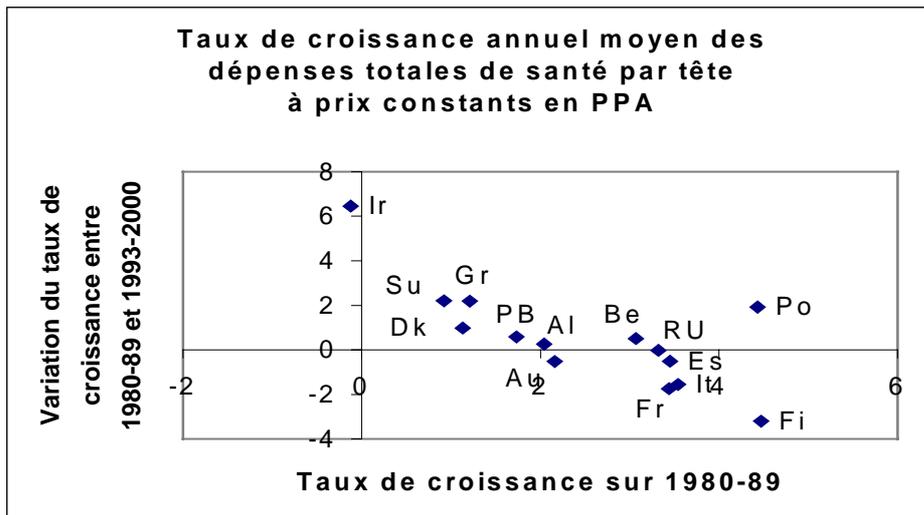


Figure 4



2 – Une tendance au recul de la part relative des dépenses publiques

On utilise dans la suite du papier, tant pour les dépenses totales que publiques, les séries de la base OCDE-IRDES 2004. Cette base ne permet cependant pas de traiter tous les pays de façon homogène. On utilise dans certains cas des versions anciennes de celle-ci pour la compléter mais elles ne sont pas toujours cohérentes avec la version récente.

La part des dépenses publiques de santé est aujourd'hui comprise entre 68% et 85% des dépenses totales dans tous les pays sauf en Grèce où elle est bien plus faible (53,1%) (Tableau 6). Elle demeure plus élevée, comme cela était déjà le cas en 1980, au Danemark, en Suède et au Royaume-Uni. En 2001, la part des dépenses publiques est la plus faible en Grèce, aux Pays-Bas et en Autriche, et dans une moindre mesure au Portugal, en Espagne, et en Belgique. Nous verrons dans la partie III que, dans ces pays, le système des soins repose sur une place importante des services privés.

On observe aussi un certain resserrement entre pays, entre 1980 et 2001, des écarts de la part des dépenses publiques (Tableau 6). De façon générale, cette part a diminué au cours des vingt dernières années sauf au Portugal où la place du public, qui était particulièrement faible en 1980¹¹, a augmenté depuis lors pour se rapprocher de la moyenne européenne. Dans deux pays, l'Autriche et l'Allemagne, cette part est restée stable. L'une des raisons majeures pour laquelle la tendance à l'affaiblissement de la part publique ne s'observe pas en Allemagne est évidemment liée à l'unification qui s'est accompagnée de la transposition du système de protection sociale de la partie Ouest à celle de l'Est et de la prise en charge par le secteur public des coûts supplémentaires qui en ont résulté. La Grèce occupe en outre une position très particulière dans la mesure où la place du public était très faible en 1980 et a encore diminué par la suite (voir la partie III).

Par ailleurs, la baisse de la place du public n'est pas régulière dans le temps. Elle s'est manifestée essentiellement dans les années 1980 au Danemark, en Suède, au Royaume-Uni et en France, et après 1993 en Autriche, en Finlande, en Italie et en Espagne¹².

Enfin, une liaison inverse entre niveau de départ et accroissement s'observe pour un indicateur différent de ceux considérés précédemment: celui de la part des dépenses publiques dans les dépenses totales (Figure 5)¹³. Ceci semble correspondre à une certaine tendance de rapprochement ou de stabilisation du partage public-privé.

¹¹ Mais la part la plus faible en 1980 n'était pas celle du Portugal mais celle de la Grèce.

¹² Voir la partie III pour des informations sur les réformes.

¹³ Le coefficient de corrélation est de 0,46, la pente est de -0,25.

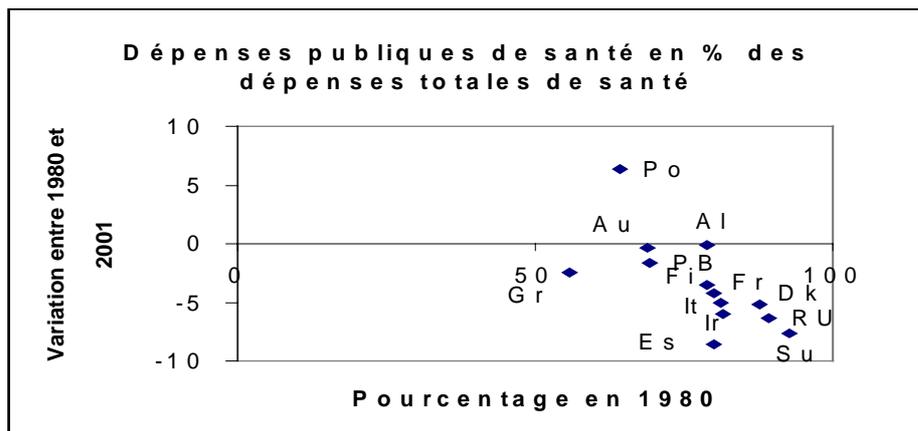
Tableau 6: Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé

	1980	1990	2001	Ecart: 2001-1990
Be	83,4a	88,9a	71,4	
PB	69,4	67,1	67,8(1997)	-1,6
Al	78,7*	76,2*	78,6	-0,1
Fr	80,1	76,6	75,9	-4,2
Au	68,8	73,5	68,5	-0,3
Dk	87,8	82,7	82,6	-5,2
Su	92,5	89,9	84,9	-7,6
Fi	79	80,9	75,5	-3,5
RU	89,4	83,6	83	-6,4
Ir	81,6	71,9	75,6	-6
It	81,1a	79,3	76	-5,1
Es	79,9	78,7	71,3	-8,6
Po	64,3	65,5	70,6	6,3
Gr	55,6	53,7	53,1	-2,5

a: base OCDE-CREDES 1995

*Allemagne de l'Ouest

Figure 5



3 – La progression de la part de l'assurance privée dans le financement

Les différences de mode d'organisation des systèmes de santé, l'inégalité de la qualité des statistiques selon les pays, ne permettent pas de comparer dans le détail, de façon précise et systématique, le financement. Les informations disponibles permettent néanmoins d'examiner la place de l'assurance privée dans le financement total pour quelques pays (Tableau 7).

Tableau 7: Part de l'assurance privée dans le financement total, en %

	Be	PB	Al	Fr	Au	Dk	Fi	RU	Ir	It	Es	Po
1980	0,8	11	5,9*	5,7	7,6	0,8	1	1,3		0	3,2	0,1
1990	1,6	13,3	7,2*	11	9	1,3	2	3,3	9	1	3,7	0,8
2000		16,1	8,3	13	7,3	1,6	3	3,3	8	1	3,9	1,6

*Allemagne de l'Ouest

On constate que, quelle que soit son importance initiale, très variable, elle tend à croître jusqu'en 2000 sauf en Autriche où un retournement de ce mouvement se produit vers

1990. Les Pays-Bas se distinguent par une part exceptionnellement élevée (plus de 16% en 2000), mais la France vient en seconde position avec 13%. La place de l'assurance privée est plus limitée dans les pays où existe un service national de santé.

4 – Les grandes composantes des dépenses de santé: une très grande diversité de la structure

Trois grandes composantes absorbent une majorité de dépenses: les dépenses d'hospitalisation, ambulatoires, et de pharmacie. Celles-ci sont inégalement connues selon les pays et les années.

La structure des dépenses totales de santé est extrêmement différente selon les pays (Tableau 8)¹⁴. Ainsi, en 2000, la place de l'hôpital varie approximativement entre 31 et 60%, celle du secteur ambulatoire entre 20 et 39%, celle de la pharmacie entre 8 et 23%.

Tableau 8: Structure des dépenses totales de santé, en %

	Dépenses des hôpitaux			Dépenses ambulatoires			Dépenses de pharmacie		
	1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000
Be	33,1	32,8	34,9	39,2	39,8	33,7	17,4	15,5	16,2
PB	54,6	49,2	39,8	19,6	17,3	21,5	8	9,6	10,8
Al	33,2*	34,7*	36,6	33,4*	30,4*	20,7	13,4*	14,3*	13,6
Fr	50,2	45,7	42,3	21,1	23,7	22,8	16	16,9	20,3
Au	42,3	46,2	38,3	19,3	24	31	12,4	11,5	15,4
Dk	61,6	56,7	53,2	22,3	22,1	26,1	6	7,5	8,7
Su			46,3			23,8	6,5	8	13,9
Fi	46,3	44,7	39,9	25	31,4	30,3	10,7	9,4	15,5
RU							12,8	13,5	
Ir							10,9	12,2	
It	46,3	42,7	41,4	26,7	28,1	30,3	16,3	21,2	22,3
Es	54,1	44,1	28,2			39,7	21	17,8	21,3
Po	28,7	28,7	33,9				19,9	24,9	23
Gr							18,8	14,3	15,4

*Allemagne de l'Ouest

Si l'on compare les pays pour lesquels des informations sont disponibles:

- La part de l'hôpital est en moyenne plus élevée au Danemark, en Suède, en France et en Italie (entre 41,4% et 53,2%). Les informations ne sont pas disponibles pour les pays anglo-saxons. La place de l'hôpital est la plus faible en Belgique, en Espagne et au Portugal (moins de 35%).
- Par contre les dépenses ambulatoires sont les plus fortes en Belgique et en Espagne (plus de 33%), les plus faibles aux Pays-Bas, en Allemagne et en France (moins de 22,8%). Ces résultats sont clairement liés à l'organisation institutionnelle du système qui met l'accent sur le passage par la médecine ambulatoire ou sur un accès direct à l'hôpital (voir la partie III).
- Enfin, les dépenses de pharmacie sont les plus importantes en France, en Italie, en Espagne et au Portugal (plus de 20%).

Il est assez difficile, compte tenu du manque de données, de comparer les évolutions. On peut simplement constater que les dépenses d'hôpital diminuent relativement dans sept cas

¹⁴ Les informations sur les dépenses publiques étant moins complètes, elles ne sont pas commentées ici. Le Tableau correspondant fait cependant l'objet de l'annexe A1.

sur dix¹⁵, celles ambulatoires augmentent dans six cas sur huit, celles de pharmacie s'accroissent dans dix cas sur douze.

5 – La place des dépenses publiques dans chacune des composantes

Bien que les informations soient incomplètes, quelques observations peuvent être faites sur l'évolution de la part publique dans chacune des grandes composantes retenues (Tableau 9). Tout d'abord, la place du public est nettement supérieure en matière hospitalière à celle dans les autres catégories de dépenses. Elle dépasse 80% en 2000 dans tous les pays sauf en Belgique, et 90% en France, en Scandinavie et en Italie. La part publique des dépenses ambulatoires et celle de la pharmacie sont très variables (comprises respectivement entre 51 et 77%, et entre 44 et 80% en 2000).

Tableau 9: Part des dépenses publiques dans chaque catégorie

	Part publique des dépenses des hôpitaux			Part publique des dépenses ambulatoires			Part publique des dépenses de pharmacie		
	1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000
Be	69,8	69,2	68,1(1996)				57,3	46,8	44,7(1997)
PB	81,8	77,6		56,4	52,4	51,5(1997)	66,7	66,6	64,2(1997)
Al	85,6*	85,8*	83,4	74,2*	67,7*	78	73,7*	73,1*	72,5
Fr	92	92,1	92,3	72,6	65,8	65,3	66,5	61,9	65,1
Au		76,5(1995)	81,5	66,4	60,9	63,8		70,1(1995)	73,5
Dk	95,6	96,2	94	84,3	71,9	77,5	49,9	34,2	49,5
Su		98,1(1993)	98,9		77,2(1993)	71,7	71,8	71,7	69,4
Fi	92	93,1	91,8	72	77,8	70,9	46,7	47,4	50,2
RU							67,6	66,6	64,2(1997)
Ir	83						52,7	65	80,1
It		96,3	94,5		77	70,6		62,8	44,4
Es	81,2	96,7	86,9		63(1995)	62,8	64	71,7	73,5
Po	93,4	91,2					68,6	62,3	
Gr							60	56,7	70,5

*Allemagne de l'Ouest

Les données sont insuffisantes pour identifier le sens des évolutions de long terme. Il semble que peu de changements interviennent pour les hôpitaux et que la tendance dominante soit celle d'une baisse en matière ambulatoire.

¹⁵ Elles augmentent seulement en Belgique, en Allemagne (mais les données ne sont pas totalement comparables compte tenu de l'unification), et au Portugal.

B - Quels facteurs sous-jacents aux évolutions?

La question des facteurs d'évolution des dépenses de santé en Europe est abordée dans cette partie en traitant des points suivants: quels regroupements de pays apparaissent les plus significatifs au début et à la fin de la période étudiée et quelles sont les variables qui justifient ces regroupements, quelle typologie s'avère plus robuste sur l'ensemble des vingt années, peut-on repérer un tournant temporel dans les évolutions?

1 - Les variables considérées

Un problème préalable à toute analyse est celui du choix des variables que l'on peut prendre en compte.

Le traitement des données s'avère ici évidemment contraint par le relativement petit nombre de pays retenus. En effet, les nombreux travaux qui traitent des facteurs d'évolution des dépenses de santé concernent souvent de grands échantillons. C'est par exemple le cas des diverses études de l'OCDE¹⁶ sur le thème des déterminants des dépenses de santé. Dans ces travaux, le développement économique des pays est inégal, au contraire du champ géographique considéré ici.

L'étude statistique la plus récente de l'OCDE, celle de (Docteur and Oxley, 2003), présente notamment une revue des articles sur ce sujet et en résume ainsi les principaux résultats: 1) Ces travaux s'accordent pour accorder un rôle clef au PIB par tête, en divergeant cependant sur l'élasticité des dépenses de santé. 2) La structure par âge de la population n'est pas significative dans de nombreux cas, mais elle l'est parfois. 3) Les variables comme le chômage ou l'activité des femmes ne sont pas en général significatives. 4) A cause de la nature de "tendance" et de l'absence de variables représentatives, il y a peu de résultats fermes concernant le rôle du changement technologique. 5) Quelques études, principalement celles utilisant des données transversales et longitudinales, ajoutent des variables institutionnelles (présence d'enveloppes budgétaires, part publique de la fourniture de soins, part des dépenses hospitalières, densité de médecins, organisation des soins primaires et notamment dispositif de médecin "gardien de l'accès aux soins", type de système de santé). Les résultats sont alors variables. En outre, certains facteurs comme la consommation de tabac et d'alcool sont parfois pris en compte¹⁷. Tous les résultats de ces travaux doivent être traités avec prudence compte tenu de la forme réduite à laquelle correspondent les équations, du fait que les variables concernent de façon mêlée l'offre et la demande, que certaines d'entre elles qui devraient être retenues sont omises, que les indicateurs retenus ne sont que des approximations des variables, etc. En outre, (Gerdtham et al. 1994) soulignent l'importance du choix de la technique de traitement des données dans les résultats.

Quelles sont, en conséquence, les variables que l'on retient?

La variable endogène est constituée des dépenses de santé par tête à prix constants en parité de pouvoir d'achat. L'indice de prix utilisé est celui du PIB. Il n'a pas été possible de prendre en compte un indice des prix relatifs de la santé, comme cela a été fait dans quelques travaux, ceux de (Bac et Cornilleau) (L'Horty et al.) par exemple, compte tenu du caractère

¹⁶ Voir notamment (Docteur and Oxley), (Gertham and Jönsson), (Gerdtham et al. 1992), (Gerdtham et al. 1994), (Gerdtham et al. 1997), (Huber), (Huber and Orosz).

¹⁷ Voir en particulier (Gerdtham et al. 1994).

très dispersé de cet indicateur selon les pays et les années. Cet indice diminuerait en France contrairement aux autres pays. Les estimations de (L'Horty et al.) montrent que, dans le cas français, ceci a des effets négatifs sur les dépenses de santé car la baisse des prix relatifs tendrait à augmenter la consommation de soins ambulatoires et à laisser les prestataires de soins accroître les volumes.

La question de la prise en compte des parités de pouvoir d'achat (PPA) dans l'unité de mesure des dépenses de santé par tête à prix courants fait l'objet de plusieurs présentations¹⁸. Intégrer les PPA dans l'unité de mesure permet de tenir compte des différences de prix entre les marchés des divers pays. L'OCDE établit des tels indicateurs pour des paniers de biens et services économiques moyens, à caractère général, mais a abandonné la construction de cet indicateur pour la santé. Cependant, (Gerdtham and Jönsson) notent que le choix entre les PPA pour le PIB et les PPA pour la santé dépend de ce que l'on souhaite mesurer: la charge de financement pour le pays avec les PPA du PIB, ou la quantité de ressources dépensées pour la santé avec les PPA pour la santé. Ce sont les séries pour le PIB qui sont utilisées ici faute de disponibilité d'indicateurs analogues pour la santé.

Tout un ensemble de variables exogènes est a priori envisagé qui concernent tant les facteurs d'offre que ceux de demande. Il s'agit en particulier:

-du PIB. Cet indicateur, qui apparaît systématiquement comme très significatif dans les régressions de toutes les études sur le sujet, explique en général une grande partie de la variation des dépenses. Les estimations montrent, le plus souvent, que l'élasticité des dépenses de santé est supérieure à un¹⁹. On associe en général ce résultat au fait que la santé serait un "bien supérieur". (Bac et Cornilleau) notent que des débats ont eu lieu à ce sujet: "Une tendance à la surconsommation peut en effet résulter à la fois des asymétries d'information entre producteurs et consommateurs de soins (les malades ne connaissent pas le montant de dépenses utiles que nécessite leur état) et de la socialisation de la dépense qui implique, que l'assurance soit privée ou publique, une part d'aléa moral". Par ailleurs, on peut considérer que le PIB intervient à la fois sur l'offre de santé par le biais des ressources qu'il permet de dégager pour le financement des dépenses sociales, et sur la demande de santé du fait de son caractère de "bien supérieur".

-de l'ensemble des recettes publiques en pourcentage du PIB. L'examen des effets de cette variable, qui n'est pas prise en considération dans les autres études, revêt donc un caractère original. On peut penser qu'elle peut avoir une certaine influence sur les dépenses de santé: le fait de pouvoir dégager des recettes publiques importantes peut permettre de contribuer plus facilement au financement public des dépenses de santé. Mais cette variable peut aussi avoir une influence inverse, à savoir que plus le niveau des prélèvements obligatoires est élevé, plus forte est la pression pour réduire les dépenses publiques et/ou plus le financement de la santé aura un caractère privé. Il paraît intéressant de mesurer l'influence de cette variable selon les périodes et selon les pays pour savoir si un effet domine l'autre.

-de la dette publique en pourcentage du PIB. Retenir cette variable revêt aussi un caractère original car elle n'a pas non plus été intégrée dans les études classiques. La dette publique peut avoir des effets analogues aux prélèvements obligatoires sur les dépenses de santé, mais il s'agit probablement d'effets à plus long terme, moins conjoncturels, compte tenu du lissage relatif de ses variations.

¹⁸ Voir notamment (Bac et Cornilleau), (Gerdtham et al. 1994).

¹⁹ Ceci peut dépendre de la forme de l'estimation. Voir en particulier (L'Horty et al. p.262-3).

-du mode de financement (part de l'assurance privée, versements des ménages). Il est habituel de prendre comme indicateurs la part du financement couverte par l'assurance privée, et/ou, lorsque des séries sont disponibles, la part des versements des ménages. On pourrait s'attendre à ce que l'importance des versements des ménages puisse avoir un effet de freinage sur les dépenses de santé, mais les séries disponibles pour cette dernière variable sont très incomplètes et ne permettent pas d'examiner systématiquement ce phénomène. Pour le financement par l'assurance privée, on peut faire l'hypothèse que, lorsque les assurances complémentaires sont largement diffusées, ceci exerce un effet d'entraînement sur la consommation de soins. Cette série est disponible et elle est donc retenue.

-de la part des dépenses publiques dans l'ensemble des dépenses de santé. Il est possible que les pays dont les dépenses de santé sont plus largement publiques soient davantage incités à prendre des mesures de contrôle des coûts²⁰. Une hypothèse inverse peut être également faite: dans le cas où les dépenses publiques de santé couvrent largement la population, en assurant un niveau de soins élevé et en étant financées par l'impôt, ceci peut tendre à augmenter la demande de soins.

-de la part des dépenses des hôpitaux publics dans l'ensemble des dépenses hospitalières. Les mêmes hypothèses que pour la variable précédente peuvent être faites, mais l'aspect d'incitation à la demande est peut-être être moins fort que pour d'autres composantes des dépenses de santé.

-de la structure par âge de la population. De nombreuses études montrent que les dépenses de santé d'une personne sont concentrées sur le tout début et surtout sur la fin de sa vie. Plusieurs indicateurs sont testés selon les travaux: part des moins de 4 ans, part des plus de 65 ans, taux de dépendance des personnes âgées. En général, c'est la part des plus de 65 ans qui est retenue. C'est l'indicateur que nous avons choisi ici²¹. Il faut aussi être prudent dans les conclusions que l'on peut tirer à son propos: les effets de cet indicateur recouvrent un effet "âge", le vieillissement étant accompagné de besoins médicaux plus importants, et un effet "génération", le recours aux soins médicaux étant devenu plus fréquent aujourd'hui que pour les générations précédentes.

-du taux d'activité féminin. On peut supposer que l'augmentation du taux d'activité des femmes, en réduisant leur temps libre, diminue leurs possibilités d'accorder des soins à leur entourage et donc contribue à accroître la demande de services de soins. Par ailleurs, l'activité des femmes peut élargir les ressources des ménages et il peut donc en résulter une demande plus grande. Mais une partie de cet effet peut être capturé au niveau du PIB.

-du progrès technique. La question du rôle du progrès technique dans la croissance des dépenses de santé est largement reconnue comme importante et complexe. Dans l'article de (L'Horty et al.), ceux-ci mettent l'accent sur la nécessité de distinguer trois catégories de progrès technique: a) le progrès technique général, qui provoquerait une croissance relative des dépenses de santé au nom de l'argument d'une moindre hausse de la productivité dans les services (Baumol); b) le progrès technique médical, qui accroît les possibilités de production

²⁰ Voir (Gerdtham et al. 1994, p.91).

²¹ Cette variable est souvent non significative dans les études faites, mais il a semblé intéressant d'examiner ses effets compte tenu de l'échantillon des pays retenus ici qui offre une grande variété du point de vue démographique. La part des moins de 4 ans semble n'avoir d'effet que sur les dépenses ambulatoires (Gerdtham et al. 1995). Le taux de dépendance ne semble pas davantage significatif.

de soins sans réduction des dépenses, comme dans le cas de l'utilisation des nouvelles technologies; c) le progrès technique médical qui permet de réduire les dépenses (vaccins par exemple). Plusieurs modèles ont exploré ces hypothèses²². Il n'existe pas d'indicateur mesurant globalement le progrès technique médical. Certains travaux considèrent que cette variable peut être remplacée par une tendance corporelle²³. Dans les études économétriques usuelles, les indicateurs retenus portent sur le taux de traitement d'une pathologie, dont la fréquence reste stable, avec des méthodes utilisant les progrès techniques récents. Les indicateurs utilisés concernent certaines greffes d'organe, les dialyses, ou l'équipement en matériel dont la technologie est avancée. Compte tenu de la contrainte de disponibilité des données, on a retenu le taux de dialyses pour 1000 habitants²⁴. Il faut noter que cette variable peut être aussi bien liée à l'offre qu'à la demande.

-du nombre des médecins pour 1000 habitants. On peut se demander si une densité médicale plus élevée accroît les dépenses de santé. Cette variable peut agir sur la demande (Mahieu) (Rochaix 1993) ou résulter de la demande. Dans certains travaux (Gerdtham et al. 1994), cette hypothèse est croisée avec le mode de rémunération des médecins: le paiement à l'acte amplifierait les effets de cette variable par rapport à la capitation.

-du nombre de lits d'hôpital pour 1000 habitants. On peut envisager l'hypothèse selon laquelle un plus grand équipement en lits d'hôpital par tête conduit à des dépenses plus élevées pour les mêmes raisons que ci-dessus.

-du nombre de personnes employées dans le secteur de la santé. La même question que précédemment peut se poser lorsque l'on prend en compte l'ensemble des professions travaillant pour la santé.

-de la structure des dépenses. Est-ce qu'une part importante de dépenses hospitalières conduit à un niveau plus élevé de dépenses totales (Gerdtham et al. 1994 p.93)?

D'autres variables parfois considérées dans la littérature sur ce sujet n'ont pas été retenues ici car elles apparaissent comme non significatives: il s'agit par exemple du taux de couverture, qui n'a en général pas ou très peu évolué dans les pays européens, de la durée moyenne de séjour en hôpital, ou du taux de chômage.

Certaines caractéristiques des modes d'organisation des systèmes de santé peuvent aussi influencer les évolutions. On retient comme variables institutionnelles (traitées comme des variables muettes dans les régressions) :

-le type de système de santé, tel qu'il est défini dans les divers travaux comparatifs de l'OCDE, c'est-à-dire système intégré (avec un service national de santé), système du contrat, et système de remboursement²⁵. Une certaine prudence doit être observée pour ce classement, aucun système n'étant totalement "pur".

²² Voir (L'Horty et al. p.261-2).

²³ Voir les discussions de (Bac et Cornilleau) et de (Mahieu).

²⁴ C'est également l'indicateur retenu dans (Gerdtham et al. 1994).

²⁵ D'après les travaux de l'OCDE, et notamment (Gerdtham et al. 1994, p.91), la classification des pays est la suivante:

-système intégré (service national de santé): Danemark, Suède, Finlande, Royaume-Uni, Irlande, Italie (depuis 1979), Espagne (depuis 1984), Portugal (depuis 1978), Grèce (depuis 1983).

-système du contrat: Pays-Bas, Allemagne, Autriche, Espagne (jusqu'en 1983), Portugal (jusqu'en 1977), Grèce (jusqu'en 1983).

-système du remboursement: Belgique, France, Italie (jusqu'en 1978).

-le mode de rémunération des médecins. L'OCDE distingue trois catégories: paiement à l'acte, à la capitation (chaque médecin reçoit un forfait annuel par personne inscrite sur la liste de leur clientèle), ou par un salaire²⁶. On peut penser que le paiement à l'acte peut inciter davantage les praticiens à induire la demande de leurs patients, ce qui semble confirmé dans (Gerdtham et al. 1994). Dans tous les pays, plusieurs modes de rémunération co-existent en fait (par exemple salaires dans les hôpitaux, paiement à l'acte pour la médecine libérale). On s'efforce de retenir le mode qui semble dominant²⁷. Par ailleurs, dans quelques pays, une enveloppe globale peut être accordée par exemple par les caisses maladie pour les médecins qui en relèvent, comme c'est le cas en Allemagne.

-la place du médecin généraliste dans l'ensemble du système. On peut se demander si la présence d'une organisation de médecin "gardien de l'accès aux soins", qui contrôle l'accès aux spécialistes et aux hôpitaux, conduit à diminuer les coûts de la santé²⁸.

Enfin, on utilise ici des données agrégées, aussi toute interprétation microéconomique doit être considérée avec beaucoup de prudence²⁹.

2 – L'analyse en composantes principales : des changements significatifs dans la position relative des pays en 1980 et en 2000

Certains pays offrent-ils, à une période donnée, une plus grande ressemblance et quels sont les éléments clefs qui interviennent? Les résultats des classements obtenus en 1980 et en 2000 sont-ils les mêmes? Pour répondre à ces questions on utilise une analyse en composantes principales pour les deux années qui marquent le début et la fin de la période examinée.

L'un des buts est aussi d'offrir un support permettant d'avancer plus vite dans le tâtonnement associé à l'analyse économétrique qui sera faite ensuite, à la fois pour identifier les variables exogènes qui apparaissent a priori les plus significatives, dont on étudiera l'impact, et pour repérer également quels regroupements de pays peuvent être considérés en priorité comme les plus significatifs d'un point de vue statistique. En pratique, d'autres liaisons seront aussi systématiquement testées dans l'analyse économétrique qui seront comparées entre elles (voir II-B-3 et 4).

L'analyse en composantes principales porte ainsi sur les variables exogènes que l'on envisage d'inclure dans l'analyse économétrique. Elle ne permet pas de traiter comme variables "actives" les variables muettes associées aux variables institutionnelles, aussi celles-ci sont considérées comme variables "nominales illustratives". L'examen de leurs projections sur les axes permettra de donner une indication sur la façon dont elles se relient aux autres variables.

Plusieurs combinaisons de variables exogènes dans l'analyse ont été étudiées, éventuellement en écartant un ou deux pays pour pouvoir prendre en compte des variables non disponibles pour ces pays mais susceptibles a priori d'avoir un effet important. Pour

²⁶ D'après (Gerdtham et al. 1994, p.92), la classification, pour le mode dominant, est la suivante:

-paiement à l'acte: Belgique, Allemagne, France, Autriche, Irlande (jusqu'en 1989), Italie (jusqu'en 1977), Grèce.
-capitation: Pays-Bas, Danemark, Royaume-Uni, Irlande (depuis 1989 pour le système financé publiquement), Italie (depuis 1978), Espagne (jusqu'en 1983 puis diminution progressive).

-salaire: Suède, Finlande, Portugal, Espagne (progressivement à partir de 1984).

²⁷ On utilise les informations de (Gerdtham et al. 1994) et d'Eurostat.

²⁸ D'après (Gerdtham et al. 1994, p.92), les pays ayant un système de médecin "gardien de l'accès aux soins" sont les suivants: Pays-Bas, Allemagne, Autriche, Danemark, Royaume-Uni, Irlande, Italie, Espagne, Portugal.

²⁹ Voir notamment (Gerdtham et al. 1994) (Mahieu) sur les problèmes soulevés.

chacune des deux années étudiées, on constate que les variations des résultats associées aux variables que l'on rajoute à celles ayant un poids indiscutable demeurent limitées.

On choisit finalement de présenter ici les résultats associés à la combinaison des variables les plus importantes lorsque l'on conserve tous les pays dans l'analyse.

a) *Les axes*

Quels sont les principaux facteurs constitutifs des deux premiers axes dans chaque cas? Les Tableaux 10 et 11 résument les observations statistiques.

Tableau 10: Pourcentage explicatif des valeurs propres

Valeurs propres	1980	1980	2000	2000
	Pourcentage	Pourcentage cumulé	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Axe 1	34,71	34,71	40,59	40,59
Axe 2	19,33	54,03	20,65	61,24
Axe 3	14,44	68,47	14,36	75,60

Tableau 11: Corrélation des variables actives pour les axes 1 à 3

	1980			2000		
	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 1	Axe 2	Axe 3
PIB	-0,95	0,13	-0,08	-0,72	-0,05	0,54
Part des +65 ans	-0,84	-0,17	0,11	0,74	-0,53	-0,05
Part des dép. publ. de santé	-0,42	-0,47	-0,52	-0,61	-0,54	-0,03
Dette publ.	0,03	0,16	-0,07	0,83	-0,05	0,20
Rec. publ.	-0,79	-0,04	-0,38	-0,14	-0,85	0,30
Part assur. privée	0,05	0,64	-0,58	-0,40	0,46	0,57
Lits hôp.	-0,51	0,60	0,17	0,31	0,11	0,78
Médecins	-0,34	0,09	0,78	0,85	-0,22	0,25
Dialyses par habitant	-0,58	0,62	0,10	0,80	-0,12	0,11
Activité des femmes	-0,60	-0,69	0,12	-0,56	-0,69	0,05

Deux types de calculs ont été faits, d'une part en excluant les dépenses de santé (par tête à prix constants en PPA) des variables actives car il s'agit de la variable endogène, et d'autre part en la prenant en compte parmi ces variables. Lorsque l'on inclut dans l'analyse les dépenses de santé, les résultats ne sont modifiés que très marginalement en 1980 pour tous les axes et en 2000 dans le cas de l'axe 1. Par contre les corrélations sont sensiblement modifiées pour quelques variables pour l'axe 2 en 2000. Pour éviter des redondances, seuls sont commentés les résultats de l'analyse excluant les dépenses de santé.

Pour 1980:

-l'axe 1 est fortement corrélé, et avec le même signe pour toutes les variables suivantes, à la fois à la *capacité de dégager des ressources publiques* (par le biais du PIB³⁰ et du fait du niveau des prélèvements obligatoires) et à la *demande* que l'on peut associer à la place des personnes âgées³¹.

³⁰ Le PIB peut également avoir un effet sur la demande, on l'a vu plus haut.

³¹ D'autres variables sont corrélées avec cet axe mais dans une bien moindre mesure: par exemple, l'activité des femmes joue dans le même sens, en réduisant les possibilités de soins familiaux et en induisant une demande de services de soins, et le progrès technique représenté par le taux de dialyses est aussi facteur de hausse des dépenses.

-l'axe 2 correspond à l'influence modérée de plusieurs variables: les principales sont liées à des variables représentatives en principe de l'offre³² (équipement en lits d'hôpitaux, progrès technique), au partage public-privé dans le système de santé (part de l'assurance privée dans le financement, et dans une moindre mesure part des dépenses publiques dans les dépenses totales, ces deux variables étant liées aux pôles opposés de l'axe), et enfin à une variable liée à la demande (la croissance de l'activité des femmes peut augmenter la demande de services de soins en réduisant leur temps libre pour des soins familiaux).

-enfin, pour l'axe 3, la principale variable est le nombre de médecins par tête.

Pour 2000:

-l'axe 1 est principalement corrélé d'une part avec des variables qui apparaissent pour 1980: le PIB et une variable de demande (part des plus de 65 ans)³³, et d'autre part avec de nouvelles variables: dette publique (dont aucune corrélation avec les trois premiers axes n'était significative en 1980), et des variables d'offre (progrès technique, dont l'importance était moindre et concernait surtout les axes 2 et 3 en 1980, et taux de médecins).

-l'axe 2 est associé d'abord aux recettes publiques (elles intervenaient au niveau de l'axe 1 en 1980), puis au partage public-privé (comme en 1980 pour l'axe 2, avec la part des dépenses publiques dans les dépenses totales et la part de l'assurance privée dans le financement qui sont liées aux pôles opposés de l'axe)³⁴, et à la demande (activité des femmes).

-au niveau de l'axe 3, le taux d'équipement en lits d'hôpitaux est déterminant.

Le Tableau 12 récapitule les positions des variables sur les axes 1 et 2.

Tableau 12: Récapitulation des principales corrélations axes-variables actives
(en référence aux Figures 7 et 8)

	1980	1980	2000	2000
	Axe 1	Axe 2	Axe 1	Axe 2
Variables actives	*A gauche de l'axe: -Possibilité de dégager des ressources (PIB, recettes publiques). -Demande (démographie).	*En bas de l'axe: -Part des dépenses publiques de santé. -Demande (activité des femmes). *En haut de l'axe: -Assurance privée. -Offre (progrès technique, lits d'hôpitaux).	*A gauche de l'axe: -PIB. -Part des dépenses publiques de santé. *A droite de l'axe: -Dette publique -Offre (progrès technique, médecins) -Demande (démographie)	*En base de l'axe: -Recettes publiques. -Part des dépenses publiques de santé -Demande (activité des femmes, démographie) *En haut de l'axe: -Assurance privée

Les principaux changements entre 1980 et 2000 concernent donc la montée au premier rang de l'influence de la dette publique et du progrès technique parmi les variables "actives".

b) Les regroupements des pays en 1980 et en 2000

Il apparaît que la proximité des pays varie assez nettement selon que l'on considère 1980 ou 2000. Les classifications hiérarchiques sont présentées dans les Figures 6-a et 6-b.

³² On a vu plus haut que ces variables pouvaient avoir aussi un effet sur la demande.

³³ Il existe aussi une corrélation faible avec une autre variable de demande, l'activité des femmes.

³⁴ Les variables de demande (part des plus de 65 ans, activité des femmes) jouent dans une mesure limitée.

Classification hiérarchique directe 1980

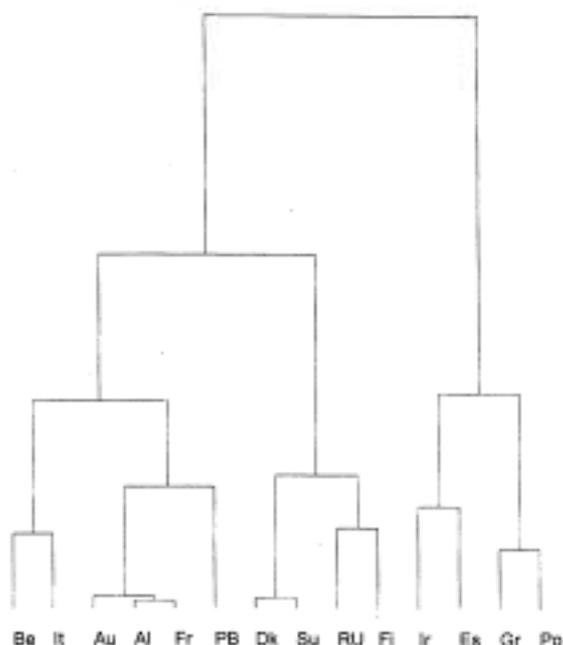


Figure 6a

Classification hiérarchique directe 2000

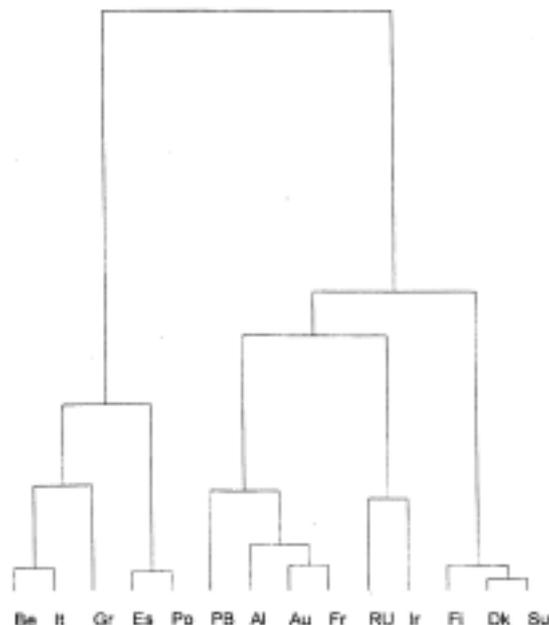


Figure 6b

Pour 1980, la coupe de l'arbre hiérarchique en *trois* classes regroupe:

- les cinq pays continentaux et l'Italie,
- les trois pays scandinaves et le Royaume-Uni,
- l'Irlande et trois pays du Sud (Espagne, Portugal, Grèce).

La décomposition en *quatre* classes mène à une division du dernier groupe entre l'Irlande et l'Espagne d'une part, le Portugal et la Grèce d'autre part.

Pour 2000, les *trois* groupes obtenus sont:

- les pays continentaux sans la Belgique, avec le Royaume-Uni et l'Irlande,
- les trois pays scandinaves,
- la Belgique et les quatre pays du Sud.

La décomposition en *quatre* classes conduit alors à l'individualisation du groupe des pays anglo-saxons.

Si l'on incorpore les dépenses de santé, qui constitueront la variable endogène dans les modèles à effets fixes des paragraphes 3 et 4 suivants, parmi les variables actives, le regroupement en *trois* classes est inchangé pour 1980. Dans le cas de *quatre* classes, le premier groupe se divise en deux: la Belgique et l'Italie d'une part, les quatre autres pays continentaux de l'autre. Pour 2000, le regroupement en *trois* classes est modifié: les pays continentaux sans la Belgique constituent un premier groupe, le Royaume-Uni et l'Irlande

sont agrégés avec le groupe scandinave, le troisième groupe est inchangé. Par contre, le regroupement en *quatre* classes demeure identique à ce qu'il était.

Lorsque l'on projette les pays sur le plan constitué par les deux premiers axes, les regroupements associés à la classification hiérarchique apparaissent en général assez clairement mais certains pays peuvent avoir des positions ambiguës (Figures 7-a et 7-b). Il faut tenir compte du fait que, sur ce plan, seule une partie des facteurs est prise en compte et donc que les regroupements observés peuvent différer quelque peu de la classification finale.

On observe aussi, d'après ces figures, un "étalement" des pays plus régulier en 2000 qu'en 1980. Alors que les trois principaux groupes se distinguent nettement les uns des autres en 1980, ceux-ci connaissent un rapprochement en 2000. Ceci pourrait traduire une certaine tendance à l'atténuation des frontières entre groupes.

Figures 7-a et 7-b et les Figures 8

Enfin, les groupes de pays sont séparés sur les Figures 7 et 8 pour les principales raisons suivantes:

-Pour 1980: le groupe [Continent+Italie] est caractérisé à la fois par des possibilités de ressources relativement importantes (bien que différenciées à l'intérieur du groupe), une proportion plutôt élevée de personnes de plus de 65 ans, ainsi que par un secteur privé relativement développé et un taux de dialyse élevé. Le groupe Scandinavie-Royaume-Uni se distingue du groupe précédent par une importance relative plus grande du secteur public, un moindre taux de dialyse et un fort taux d'activité des femmes. L'ensemble [(Sud sans Italie) et Irlande] est caractérisé par des possibilités de ressources limitées, une proportion des plus de 65 ans un peu plus faible, peu de dialyses. Le Portugal a une position un peu marginale dans ce groupe du fait d'un taux d'activité des femmes élevé au contraire des autres pays.

-Pour 2000: les groupes de pays se situent en gros dans les mêmes quadrants mais leurs positions se rapprochent du centre de la figure. En effet, les variables majeures, comme le niveau de PIB et la part des plus de 65 ans, offrent moins de différences entre pays. Notons que les axes ne sont pas déterminés exactement par les mêmes variables qu'en 1980.

Les principales différences entre les classements de 1980 et de 2000 portent essentiellement sur: la place de la Belgique qui est incluse dans le groupe continental en 1980 mais pas en 2000 où elle est plus proche des pays du Sud; la place de l'Italie qui est agrégée avec les pays continentaux en 1980 mais relève du Sud en 2000; la position du Royaume-Uni et de l'Irlande. Ces deux pays relèvent de groupes séparés en 1980, le Royaume-Uni étant proche des pays scandinaves, l'Irlande proche du Sud. En 2000, les deux pays sont proches des pays continentaux. La Belgique, l'Italie, l'Irlande et le Royaume-Uni se distinguent nettement sur les Figures 7 par l'importance de leur déplacement relatif.

Pour la Belgique, on peut penser que le changement du groupe de rattachement est surtout dû au déplacement relatif des pays du Sud d'une part, des autres pays continentaux d'autre part. En effet, on verra dans la partie III que la Belgique se distingue par le caractère relativement limité des changements apportés à son système de santé. En outre, on a vu dans la partie II-A que, pour certains indicateurs, la Belgique partageait des points communs avec le Sud. Un autre facteur important de ressemblance entre la Belgique et le Sud tient aussi à la place importante du secteur privé.

Dans le cas de l'Italie, on peut aussi se demander si ce ne sont pas les évolutions des trois autres pays du Sud qui expliquent le rattachement de ce pays au Sud en 2000 alors qu'il était dans le groupe continental en 1980. En effet, le système de santé italien avait une certaine "avance" sur les trois autres en 1980, "avance" compensée vingt ans plus tard (voir le III). Le fait que la dette publique apparaisse comme facteur explicatif du premier axe en 2000 constitue probablement une autre raison pour laquelle l'Italie se rapproche des autres pays du Sud sur la Figure 7 pour cette année.

Enfin, on peut penser que la rapidité de la croissance économique en Irlande dans la période récente et le développement du secteur privé dans le domaine de la santé sont des éléments importants dans l'explication du changement de rattachement de ce pays (depuis le groupe Sud en 1980 vers le groupe continental en 2000). Si le système de soins irlandais connaissait en 1980 un certain "retard" par rapport aux autres grands pays européens, comme dans le cas de l'Espagne, du Portugal et de la Grèce, l'effort de rattrapage a certainement été facilité par la croissance économique qui a permis une hausse rapide des dépenses de santé

(Tableau 5)³⁵. Dans le cas du Royaume-Uni, les raisons du déplacement sont moins évidentes. Le développement du secteur privé est certainement l'une d'elles.

c) Les variables institutionnelles

Il est aussi intéressant d'examiner comment se situent les variables institutionnelles, qui ne peuvent être traitées que de façon "illustrative", par rapport aux deux premiers axes (Figures 8-a et 8-b):

-En 1980, les catégories de système de santé se projettent aux deux extrémités de l'axe 1: vers la gauche de l'axe pour le système du contrat et celui par remboursement qui sont relativement peu éloignés l'un de l'autre, vers la droite de l'axe pour le système de service national de santé. De même, la présence ou l'absence de médecin "gardien de l'accès aux soins" se distribuent le long de l'axe 1, respectivement vers la droite et vers la gauche. Par contre les différents modes de rémunération des médecins se distribuent plutôt le long de l'axe 2, les paiements à l'acte ou à la capitation étant relativement proches (vers le haut de l'axe) alors que le mode salarial est dans une position opposée (vers le bas).

-En 2000, la situation de ces variables par rapport aux axes se modifie. En particulier, pour les deux premiers axes, les axes avec lesquels ces variables semblent liées s'inversent. En outre, une plus grande différenciation prend place d'une part entre les trois types de système de santé et d'autre part entre les trois modes de rémunération des médecins. Les modes de rémunération des médecins se répartissent le long de l'axe 1, mais cette fois ils sont tous relativement éloignés les uns des autres, et le mode salarial se situe entre les pôles que constituent le paiement à l'acte (droite de l'axe) et la capitation (gauche de l'axe). Les types de système de santé se différencient le long de l'axe 2, ils sont alors également éloignés les uns des autres, et le service national se situe entre les pôles que constituent le système du contrat (haut de l'axe) et celui du remboursement (bas de l'axe). La présence/absence de médecin "gardien de l'accès aux soins" se distribue aussi le long de l'axe 2 (respectivement haut/bas).

La proximité entre les projections des modalités de ces trois variables se modifie donc entre 1980 et 2000. Ces changements accompagnent ceux relatifs à la projection des pays sur les axes. On a en effet constaté précédemment un "étalement" plus régulier des pays en 2000.

3 – Quels regroupements de pays sur l'ensemble de la période?

Certains de mes travaux antérieurs³⁶ ont montré que, tendanciellement, l'organisation et l'évolution tant de l'ensemble de la protection sociale que des systèmes de retraite des pays européens présentaient des similitudes croissantes tout en restant différentes. On peut se demander si ces tendances se retrouvent pour les systèmes de santé. On a vu que les observations sur la croissance des dépenses de santé et les résultats de l'analyse en composantes principales allaient dans le sens de la confirmation de cette hypothèse. Mais d'autres types d'analyse peuvent être aussi utilisés pour préciser les observations. Les modèles à effets fixes semblent offrir un cadre adapté à nos questions, à savoir fournir une forme d'appréciation des ressemblances entre pays et aider à identifier les regroupements les plus significatifs sur les vingt dernières années.

³⁵ Notons que si les dépenses de santé en pourcentage du PIB ont baissé en Irlande entre 1980 et 2000, ceci est dû à la croissance extrêmement rapide du PIB sur la période étudiée. Néanmoins le taux de croissance des dépenses de santé est très largement supérieur à celui des autres pays, mis à part le Portugal, dans les années 1990.

³⁶ Voir (André 2001, 2002, 2003a, 2003b).

Le nombre restreint de pays limite le nombre de variables exogènes que l'on peut inclure dans les régressions. On a effectué différentes analyses en incluant d'abord l'ensemble des variables qui avaient été examinées dans l'analyse en composantes principales, puis en éliminant successivement les moins significatives. On a parallèlement examiné quels regroupements permettaient d'aboutir aux meilleurs résultats. Enfin un problème concerne le choix de la forme des régressions, régression directe entre les variables ou forme log-log. Il s'avère que la forme logarithmique est légèrement préférable, comme l'ont noté d'ailleurs plusieurs études sur ce thème ³⁷.

a) *Les variables*

La variable endogène est constituée des dépenses de santé par tête à prix constants en PPA. Les combinaisons de variables exogènes qui ont été examinées prennent en compte les variables suivantes: le PIB par tête à prix constants en PPA, la part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé, la dette publique en pourcentage du PIB, l'ensemble des recettes publiques des administrations en pourcentage du PIB, la part de l'assurance privée dans le financement de la santé, la part des plus de 65 ans dans la population, le nombre de lits d'hôpital pour 1000 habitants, le nombre de médecins pour 1000 habitants, le nombre de dialyses pour 1000 habitants. D'autres variables ont été aussi considérées (par exemple l'emploi dans la santé en pourcentage de l'emploi total). Des variables muettes sont aussi prises en compte pour les aspects institutionnels³⁸. Des calculs ont également été menés en incluant d'autres variables qui ne sont pas disponibles pour tous les pays et en ôtant de l'analyse les pays pour lesquels elles manquent. Un problème de choix s'est notamment posé concernant la meilleure combinaison à faire pour les variables dette publique et/ou recettes publiques totales, et avec les variables lits d'hôpital et/ou médecins; aussi des comparaisons ont été faites de façon systématique pour ces combinaisons.

Les variables institutionnelles ne sont en général pas significatives. Seul le mode de rémunération des médecins a une incidence significative dans certains groupes de pays. Plus précisément, le mode *salarial* de rémunération des médecins est corrélé négativement avec les dépenses de santé dans les groupes incluant les pays du Sud, et le mode de rémunération à *l'acte* est corrélé positivement dans le groupe "pays continentaux sans la Belgique et avec les pays anglo-saxons" de la typologie de l'analyse en composantes principales associée à l'année 2000. Il n'est pas très surprenant que ce type de variables ne soit en général pas significatif car elles sont rarement homogènes à l'intérieur d'un groupe de pays (voir le Tableau A-2 de l'annexe). Notons que les résultats obtenus ici sont cohérents avec ceux de la littérature habituelle: le mode salarial facilite le contrôle des dépenses, le paiement à l'acte tend à les augmenter.

b) *Les regroupements*

On a utilisé plusieurs procédures pour déterminer quels étaient les regroupements de pays donnant les meilleurs résultats. On a cherché à déterminer, dans un premier temps, les ressemblances des régressions pays par pays afin de dégager les possibilités de classement les plus pertinentes. On s'est aussi appuyé sur les résultats obtenus pour l'analyse en composantes principales. Toute une série de combinaisons de variables exogènes a été aussi

³⁷ Ceci a été aussi observé dans d'autres travaux (Gerdtham et al. 1992) (Hitiris).

³⁸ Rappelons qu'il s'agit du type de système de santé, du mode de rémunération des médecins, de l'existence d'un système de médecin "gardien de l'accès aux soins".

systématiquement étudiée pour ces divers regroupements. En particulier, la variable "progrès technique" associée au taux de dialyse pour 1000 habitants ne s'est pas révélée significative.

On a choisi finalement de retenir, pour les comparer systématiquement, trois typologies: celle qui résulte du découpage en *trois* groupes associé à l'analyse en composantes principales pour 1980, celle qui est analogue pour 2000, et la typologie classique en *quatre* groupes. Rappelons que:

-la typologie associée à 1980 correspond aux trois groupes suivants: les cinq pays continentaux et l'Italie, les trois pays scandinaves et le Royaume-Uni, l'Irlande et trois pays du Sud (Espagne, Portugal, Grèce).

-la typologie associée à 2000 est constituée des catégories suivantes: les pays continentaux sans la Belgique mais avec le Royaume-Uni et l'Irlande, les trois pays scandinaves, la Belgique et les quatre pays du Sud.

-les quatre groupes "classiques" sont: les pays dits continentaux, les pays scandinaves, les pays anglo-saxons, les pays du Sud.

On écarte les typologies en *quatre* groupes qui résultent de l'analyse en composantes principales pour 1980 et pour 2000 car, dans ce cas, les résultats pour certains groupes ne comportant que deux pays ne sont plus significatifs.

La typologie associée à l'analyse en composantes principales pour 1980 s'est révélée peu robuste sur l'ensemble de la période. Elle est donc écartée de la présentation des résultats faite ici. Les deux autres typologies, celle en trois groupes associée à 2000 et la typologie classique en quatre groupes, s'avèrent conduire à des résultats qui ne sont pas franchement supérieurs les uns aux autres.

Les Tableaux 13 et 14 présentent les résultats pour la période 1980-2000. Les Tableaux 13 prennent en compte l'Allemagne. Comme ces séries connaissent une rupture d'homogénéité au début des années 1990 du fait de l'unification allemande, les calculs ont été faits également en excluant l'Allemagne (Tableaux 14). Bien évidemment, seuls les coefficients de la catégorie incluant les "pays continentaux" sont modifiés entre les Tableaux 13-a et 14-a. En fait, on n'observe de changements, modérés, que pour le PIB et les variables d'offre (nombre de lits d'hôpital par tête et nombre de médecins par tête) dans la catégorie "continent" de la typologie classique³⁹.

Les Tableaux 13-b et 14-b présentent de façon résumée le niveau de différenciation, entre groupes, des coefficients pour chaque variable. Ils sont basés sur l'examen du recouvrement des intervalles de confiance à 95% des coefficients, pour chaque variable. Lorsque les intervalles sont disjoints, on considère que, *pour cette variable*, les groupes de pays sont différents. Par convention, on choisit à chaque fois comme référence le groupe qui inclut les pays continentaux, et on le désigne par classe 1. On examine ensuite si l'intervalle de confiance pour chacun des autres groupes recoupe celui du premier groupe, cas où l'on considère qu'il s'agit alors de la même classe désignée par 1, ou en est disjoint, cas où l'on considère qu'il s'agit d'une nouvelle classe 2. Il arrive aussi qu'un intervalle de confiance pour un groupe recoupe celui de plusieurs classes; dans ce cas, les recouvrements sont précisés dans le tableau.

³⁹ Dans la typologie 2000, les pays continentaux sont agrégés avec les pays anglo-saxons et l'effet de l'Allemagne est alors dilué.

Tableau 13-a: Coefficients des régressions (avec l'Allemagne) - 1980-2000

	Typologie associée à 2000 (1)			Typologie classique (2)			
	Continent sans Be, +RU+Ir	Scandinavie	Be+Sud	Continent	Scandinavie	Anglo-sax.	Sud
PIB	0.571 (8.43)	1.229 (4.91)	1.302 (9.37)	0.408 (2.58)	1.229 (5.19)	0.455 (5.11)	1.222 (8.83)
Part des dép. publ. de santé	0.459 (2.79)	2.564 (4.71)	0.211 (2.07)	0.111 (0.72)	2.564 (4.97)	0.907 (2.10)	0.230 (2.27)
Dettes publiques	-0.081 (-2.29)	0.168 (4.20)	0.139 (3.31)	0.003 (0.08)	0.168 (4.44)	-0.175 (-2.68)	0.204 (4.59)
Part +65 ans	0.965 (5.33)	-0.777 (-2.18)	0.823 (5.09)	0.963 (5.38)	-0.777 (-2.30)	1.006 (1.38)	1.041 (5.83)
Nb lits d'hôpital	0.144 (2.89)	0.109 (1.38)	0.549 (5.38)	0.478 (0.55)	0.109 (1.46)	0.160 (2.29)	0.571 (5.43)
Nb médecins	0.598 (8.87)	0.223 (1.04)	0.037 (0.32)	0.544 (5.51)	0.223 (1.10)	0.871 (6.34)	-0.142 (-1.12)

Entre parenthèses: Student du coefficient. (1) $R^2=0,9466$, $F(18,262)=258,17$. (2) $R^2=0,9533$, $F(24,256)=217,74$.

Tableau 13-b: Comparaison des intervalles de confiance à 95% des coefficients (avec l'Allemagne) - 1980-2000

	Typologie associée à 2000			Typologie classique			
	Continent sans Be, +RU+Ir	Scandinavie	Be+Sud	Continent	Scandinavie	Anglo-sax.	Sud
PIB	1	2	2	1	2	1	2
Part des dép. publ. de santé	1	2	1	1	2	1 (recoupe légèrement Scand.)	1
Dettes publiques	1	2	2	1	2	3	2
Part +65 ans	1	2	1	1	2	Recoupe Cont., Scand. et Sud	1
Nb lits d'hôpital	1	1	2	1	1	1	2
Nb médecins	1	1	Différent de Cont., recoupe Scand.	1	1	1 (mais recoupe seulement légèrement Scand.)	Différent de Cont. et d'Anglo-sax., recoupe Scand.

Tableau 14-a: Coefficients des régressions (sans l'Allemagne) - 1980-2000

	Typologie associée à 2000 (1)			Typologie classique (2)			
	Continent sans Be, +RU+Ir	Scandinavie	Be+Sud	Continent	Scandinavie	Anglo-sax.	Sud
PIB	0.582 (8.22)	1.229 (4.85)	1.302 (9.25)	0.725 (3.28)	1.229 (5.09)	0.455 (5.01)	1.222 (8.66)
Part des dép. publ. de santé	0.475 (2.61)	2.564 (4.65)	0.211 (2.04)	0.082 (0.51)	2.564 (4.88)	0.907 (2.05)	0.230 (2.23)
Dettes publiques	-0.083 (-2.23)	0.168 (4.15)	0.139 (3.26)	0.024 (0.55)	0.168 (4.35)	-0.175 (-2.63)	0.204 (4.50)
Part +65 ans	0.983 (4.99)	-0.777 (-2.15)	0.823 (5.02)	0.962 (3.89)	-0.777 (-2.26)	1.006 (1.35)	1.041 (5.71)
Nb lits d'hôpital	0.190 (3.45)	0.109 (1.36)	0.549 (5.31)	0.254 (1.34)	0.109 (1.43)	0.160 (2.24)	0.571 (5.33)
Nb médecins	0.627 (8.54)	0.223 (1.02)	0.037 (0.31)	0.431 (3.32)	0.223 (1.07)	0.871 (6.22)	-0.143 (-1.10)

Entre parenthèses: Student du coefficient. (1) $R^2=0,9477$, $F(18,242)=243,75$.. (2) $R^2=0,9537$, $F(24,236)=202,53$.

Tableau 14-b: Comparaison des intervalles de confiance à 95% des coefficients (sans l'Allemagne) - 1980-2000

	Typologie associée à 2000			Typologie classique			
	Continent sans Be, +RU+Ir	Scandinavie	Be+Sud	Continent	Scandinavie	Anglo-sax.	Sud
PIB	1	2	2	1	1	1	Différent de Anglo-sax, recoupe Cont. et Scand.
Part des dép. publ. de santé	1	2	1	1	2	Différent de Scand., recoupe Cont. et Sud (avec position intermédiaire)	Différent de Scand., recoupe Cont. et Anglo-sax.
Dettes publiques	1	2	2	1	2	3	2
Part +65 ans	1	2	1	1	2	Recoupe Cont., Scand. et Sud	1
Nb lits d'hôpital	1	1	2	1	1	1	Différent de Scand. et Anglo-sax., recoupe Cont.
Nb médecins	1	1	Différent de Cont., recoupe Scand.	1	1	2	Différent de Cont. et Anglo-sax., recoupe Scand.

Quels sont les résultats pour l'ensemble de la période 1980-2000?

-Pour la typologie associée à l'année 2000:

- Les conclusions sur la différenciation entre groupes par variable sont les mêmes que l'Allemagne soit ou non incluse.
- Le plus souvent, on observe que deux classes seulement sont associées à chaque variable. La composition de ces classes varie selon les variables.
- Pour le PIB et la dette publique: le groupe associé au Continent est distinct des deux autres. Le coefficient y est nettement plus faible pour ces deux variables. Il y est même négatif pour la dette. Ceci laisse penser que le montant de la dette publique aurait un effet restrictif pour ce groupe. On verra plus bas, à propos de la typologie classique, que ceci provient des pays anglo-saxons.
- Pour la part publique des dépenses de santé: le groupe "Continent élargi" et le groupe Belgique-Sud ne sont pas différenciés. La Scandinavie se distingue par un coefficient beaucoup plus élevé.
- Pour la part des plus de 65 ans: la Scandinavie se distingue des deux autres groupes par un coefficient négatif. Ceci est probablement lié à l'évolution particulière de la place de cette classe d'âge au Danemark et en Suède: alors que celle-ci augmente régulièrement dans les autres pays, elle s'accroît dans ces deux pays seulement jusqu'en 1990 puis diminue.
- Pour le nombre de lits d'hôpital et le nombre de médecins pour 1000 habitants: le groupe associé au Continent et la Scandinavie sont proches. Le groupe Belgique-Sud en diffère par un coefficient plus élevé pour les lits d'hôpital, plus faible pour les médecins⁴⁰.
- Il n'est donc pas possible d'isoler strictement un groupe des autres lorsque l'on prend en compte toutes les variables. Cependant, on observe que, dans la majorité des cas, l'ensemble [Continent sans la Belgique avec les pays anglo-saxons] est différent des autres. La Scandinavie n'en est proche que pour l'effet des variables d'offre. Le groupe Belgique-Sud est proche de la Scandinavie pour une bonne part des variables (le PIB, la dette publique et les deux variables d'offre), proche du groupe incluant le Continent pour la part publique des dépenses et la démographie seulement.

-Pour la typologie classique:

- Les principaux changements par rapport à la typologie 2000 sont l'individualisation des pays anglo-saxons et la différence de rattachement de la Belgique. Cette dernière introduit des modifications dans la valeur des coefficients du groupe de rattachement mais pas dans la position relative des intervalles de confiance.
- Le fait d'inclure ou non l'Allemagne modifie certains résultats du Continent, et donc la position relative de ce groupe. Ôter l'Allemagne du groupe Continent (Tableau 14-b) conduit à une différenciation supplémentaire entre le Continent et les pays anglo-saxons du point de vue de l'effet du nombre de médecins. Toujours dans ce cas, la position relative du Sud devient souvent ambiguë.
- Les coefficients pour le Continent et les pays anglo-saxons se révèlent voisins sauf en ce qui concerne la dette publique. Ceci confirme une certaine pertinence du regroupement [Continent (sans la Belgique) et pays anglo-saxons] de la typologie 2000. De façon générale, les pays anglo-saxons se distinguent des autres groupes par l'effet restrictif de la dette.
- La position relative du Continent et de la Scandinavie est identique à celle de la typologie 2000, sauf pour le PIB dont le coefficient est cette fois proche dans les deux groupes.

⁴⁰ Pour les médecins, la différence est faible entre la Scandinavie et le groupe Belgique-Sud.

-La position relative de la Scandinavie et des pays du Sud, lorsque l'on considère ces deux groupes, est inchangée.

Des calculs ont aussi été effectués pour les sous-périodes 1980-89 et 1993-2000 (Tableaux A-3 et A-4 en annexe). Compte tenu du plus faible nombre d'années pris en compte, une variable exogène a dû être retirée par rapport à 1980-2000. Après divers essais, il a semblé préférable de retirer le nombre de médecins par tête. L'Allemagne est prise en compte dans les Tableaux A-3 et A-4 car les résultats sont calculés en découpant en trois la période considérée (1980-89, 1990-92, 1993-2000), et l'on ne s'intéresse qu'aux périodes extrêmes pour lesquelles les données concernant l'Allemagne sont homogènes⁴¹.

Lorsque l'on s'intéresse à ces sous-périodes plus courtes, la qualité statistique des résultats se dégrade. Les intervalles de confiance à 95% se recoupent donc le plus souvent. On peut simplement faire quelques remarques:

-Pour la période 1980-89: 1) la Scandinavie se distingue des autres groupes par un effet beaucoup plus fort de la "part publique" des dépenses; 2) dans la typologie classique, les pays anglo-saxons se caractérisent par une influence restrictive de la dette publique. L'influence négative de la place relative des dépenses publiques de santé semble également plus marquée, traduisant l'influence restrictive de cette variable également. En outre, l'effet positif d'entraînement du nombre de lits d'hôpital sur les dépenses de santé semble plus grand que dans les autres groupes.

-Pour la période 1993-2000: 1) dans la typologie classique, la Scandinavie se distingue par l'effet de la démographie qui est alors fortement négatif (on a vu que la part des plus de 65 ans diminuait après 1990); 2) le Sud diffère du Continent par un effet positif plus grand de la part publique des dépenses.

Au total, lorsque l'on considère l'ensemble de la période, les deux groupes Continent et Scandinavie sont relativement distincts. Les pays anglo-saxons, lorsqu'ils sont isolés, apparaissent comme proches du Continent et plutôt différents des autres groupes. Le groupe associé au Sud ressemble au Continent pour l'effet de la part publique des dépenses de santé et de la part des plus de 65 ans, à la Scandinavie pour les autres variables.

4 – La charnière du début des années 1990?

Selon divers indicateurs, examinés dans les parties I et II-A de ce papier, le début des années 1990 constitue une période charnière pour les dépenses de santé qui sépare deux périodes d'évolution homogène. La croissance des années 1980 semblerait relativement régulière. Il en irait de même pour la période postérieure à 1993, avec des taux de croissance différents de ceux de la première période⁴². Une forte accélération des dépenses de santé, en pourcentage du PIB ou mesurée par leur taux de croissance annuel, prend place dans la majorité des cas pendant la période intermédiaire. On utilise le même type de modèle à effets fixes que dans le paragraphe 3 précédent pour apprécier les changements temporels dans la croissance des dépenses.

Plusieurs calculs sont effectués pour préciser le découpage temporel le plus pertinent: analyse des régressions pour l'ensemble des pays année par année et examen des coefficients pour repérer à quelles périodes des changements interviennent, puis découpage, au moyen de variables muettes, de la période 1980-2000 en sous-périodes. Les divers résultats obtenus

⁴¹ Les résultats concernent ainsi l'Allemagne de l'Ouest pour 1980-89, l'Allemagne unifiée pour 1993-2000.

⁴² Voir le Tableau 5.

conduisent à confirmer le découpage temporel selon les trois périodes 1980-89, 1990-92, 1993-2000. Par ailleurs, un problème tient à la rupture dans les séries de l'Allemagne du fait de l'unification mais ces séries sont homogènes jusqu'en 1990 pour l'Allemagne de l'Ouest et à partir de 1991-92 pour l'Allemagne unifiée, ce qui permet de comparer raisonnablement les deux périodes extrêmes en incluant ce pays.

Comme précédemment, on a examiné plusieurs régressions incluant des combinaisons différentes des variables. On a notamment pris en compte, dans certains essais, des variables qui ne sont pas disponibles pour tous les pays et on a alors ôté les pays correspondants. Finalement, les résultats s'avèrent davantage significatifs d'un point de vue statistique en retenant tous les pays et certaines des variables disponibles pour cet ensemble. Il s'avère qu'un problème de choix concerne les variables dette publique et/ou recettes publiques. Les résultats se trouvent légèrement meilleurs avec la dette. De même, au vu des résultats, on peut se demander s'il est préférable de retenir le nombre de lits d'hôpital et/ou le nombre de médecins. Garder en même temps ces deux variables s'avère légèrement meilleur.

Le Tableau 15 présente les résultats sous la même forme que celle des Tableaux 13 et 14, en séparant la présentation des coefficients de celle du recoupement des intervalles de confiance à 95%. Pour cette dernière, la première période est, par convention, appelée période 1. Si les résultats sont statistiquement différents pour 1993-2000, cette période est désignée par période 2, sinon la période 1993-2000 est aussi désignée par 1. Les résultats sont donnés pour deux cas: celui où l'Allemagne est conservée dans l'échantillon, celui où elle en est exclue. On ne traite ici que de la comparaison de la première et de la dernière période car on s'intéresse essentiellement aux modifications sur le moyen terme.

Tableau 15: Ensemble des pays, comparaison des sous-périodes

	Coefficients				Comparaison des intervalles de confiance à 95% des coefficients			
	Avec l'Allemagne (1)		Sans l'Allemagne (2)		Avec l'Allemagne		Sans l'Allemagne	
	1980-1989	1993-2000	1980-1989	1993-2000	1980-1989	1993-2000	1980-1989	1993-2000
PIB	1.339 (18.68)	0.874 (9.90)	1.312 (20.26)	1.100 (12.52)	1	2	1	2
Part des dép. publ. de santé	0.337 (4.01)	0.122 (0.82)	0.409 (5.35)	-0.278 (-1.85)	1	1	1	2
Dette publique	0.046 (2.90)	-0.142 (-3.57)	0.059 (4.06)	-0.112 (-3.01)	1	2	1	2
Part des +65 ans	-0.168 (-1.83)	0.149 (1.28)	-0.264 (-3.15)	0.318 (2.93)	1	2 (très faible recoupement)	1	2
Nb lits d'hôpital	-0.039 (-0.81)	0.153 (3.96)	-0.077 (-1.75)	-0.015 (-0.35)	1	2	1	1
Nb médecins	0.386 (8.03)	0.406 (5.84)	0.420 (9.64)	0.323 (5.00)	1	1	1	1

Entre parenthèses: Student du coefficient. (1) $R^2=0.9105$, $F(18,255)=144,11$. (2) $R^2=0.9222$, $F(18,234)=154,19$.

Pour les résultats concernant l'ensemble des pays, y inclus l'Allemagne, les intervalles de confiance sont bien disjoints entre les deux périodes 1980-89 et 1993-2000 pour la majorité des variables sauf pour la part publique des dépenses de santé et pour le nombre de médecins par tête. Ceci tend à confirmer la pertinence du découpage temporel.

Cette conclusion n'est pas modifiée lorsque l'on exclut l'Allemagne, mais alors les variables pour lesquelles une différence n'est pas confirmée concernent seulement l'offre (nombre de médecins par tête comme précédemment et nombre des lits d'hôpitaux par tête). Les effets des autres variables sur les dépenses de santé sont par contre bien distincts selon les sous-périodes.

Le sens de variation des coefficients est le suivant:

- les effets du PIB sont moins prononcés après 1993. Ceci pourrait signifier qu'un certain "effet de richesse" associé à la croissance du PIB s'atténue.
- après 1993, les effets de la part publique des dépenses de santé deviennent très faibles et même restrictifs dans le cas où l'Allemagne est exclue. L'évolution des dépenses de santé serait désormais d'autant plus contrainte que ces dépenses sont publiques.
- la dette a un effet restrictif après 1993. Ceci pourrait résulter de la priorité accordée à un objectif de réduction de la dette, qui pèserait sur les dépenses de santé. Ceci semble aussi confirmer les résultats de l'analyse en composantes principales selon lesquels la dette apparaît liée au premier axe en 2000 alors qu'elle n'est liée ni au premier ni au deuxième axe en 1980.
- à l'inverse, l'effet de la part des plus de 65 ans, négatif avant 1989, devient positif après 1993. Un effet "demande" associé à cette variable serait donc désormais présent.
- les effets du nombre de lits d'hôpital, pas toujours significatifs, demeurent proches de zéro sauf après 1993 quand l'Allemagne est incluse. De même, les effets du nombre de médecins varient peu tout en étant toujours significatifs.

En conclusion, on peut considérer qu'il y a bien un changement entre les évolutions des années 1980 et celles des années postérieures à 1993 si l'on prend en compte l'ensemble des pays. La qualité des régressions ne permet pas de confirmer ce résultat à l'intérieur des groupes de pays⁴³. La différence entre les deux périodes résulte d'effets positifs du PIB moins "entraînants" et même d'effets restrictifs de la dette et de la part des dépenses publiques de santé (quand l'Allemagne est exclue dans ce dernier cas). L'effet "demande" associé à la part des plus de 65 ans exerce une influence positive après 1993 au contraire des années 1980. Enfin, lorsque l'on prend en compte l'Allemagne, on observe que, de plus, l'offre associée aux lits d'hôpital a aussi une influence positive après 1993 à la différence de la première période.

Peut-on rapprocher les résultats obtenus précédemment des réformes adoptées dans les pays étudiés?

III – Les réformes

Si une partie des évolutions examinées précédemment revêt en partie un caractère "automatique", résultant par exemple du vieillissement de la population, une autre partie résulte des nouvelles mesures adoptées pendant ces vingt dernières années. Un traitement détaillé des systèmes de santé et des différentes mesures adoptées pendant cette période dépasse bien évidemment le champ de ce papier. Il s'agit ici seulement de repérer les grandes

⁴³ Des calculs ont aussi été effectués pour repérer les changements temporels à l'intérieur de chacun des trois groupes de la typologie 2000 (Tableaux A-5 en annexe) et à l'intérieur de chacun des quatre groupes de la typologie classique (Tableaux A-6). Bien évidemment, la qualité statistique des résultats se détériore lorsque l'on réduit la taille de l'échantillon des pays pour examiner si les changements temporels sont présents dans chacun des groupes. Quelques remarques peuvent cependant être faites:

-Pour les groupes de la typologie de 2000: 1) Il n'y a pas de changements significatifs pour l'ensemble "Continent sans la Belgique avec les pays anglo-saxons"; 2) Pour la Scandinavie, deux modifications apparaissent: pour la dette publique dont l'influence (positive) augmente, et pour le nombre de lits d'hôpital dont l'influence diminue. 3) Pour le groupe Belgique-Sud, l'influence du PIB diminue significativement, celle de la dette publique qui était négative devient positive, l'effet du nombre de médecins devient négatif.

-Pour la typologie classique: 1) Pour les pays continentaux, le coefficient du PIB devient négatif, celui du nombre de lits d'hôpital devient positif; 2) Pour la Scandinavie, l'effet (positif) de la dette publique se renforce, celui du nombre de lits d'hôpital s'atténue; 3) Il n'y a pas de changements significatifs dans les pays anglo-saxons ni dans les pays du Sud. Dans ces deux cas, la qualité statistique des résultats est limitée compte tenu de la faible taille de l'échantillon (dans le premier groupe) et d'une certaine dispersion interne dans chaque groupe (voir II-A et II-B-1).

tendances qui ont caractérisé les réformes dans le domaine de la santé. En outre, on se concentre ici sur les deux principales composantes des dépenses, celles relatives aux hôpitaux et à la médecine ambulatoire⁴⁴, et sur le fonctionnement des régimes d'assurance. Il est en effet plus difficile de repérer des grandes réformes en matière de dépenses pharmaceutiques car les mesures qui les concernent consistent le plus souvent en un "grignotage" permanent par des relèvements réguliers de taux de remboursement ou par l'allongement de listes de médicaments non remboursables par exemple, mesures dont la "visibilité" est réduite. Ceci n'exclut pas que, ponctuellement, de nouvelles mesures aient pu avoir une plus grande visibilité.

1) La Belgique: une évolution relativement limitée

Le système belge est caractérisé par son mutualo-centrisme et son dualisme⁴⁵.

En effet, l'assurance maladie repose sur le principe du remboursement et les organisations gestionnaires sont essentiellement constituées de mutuelles⁴⁶. Celles-ci ont le plus souvent une base socio-professionnelle et relèvent de fédérations à caractère politique ou religieux. Elles offrent aussi une assurance maladie volontaire. Des assureurs privés sont également présents mais ils sont minoritaires.

Le dualisme est associé à l'organisation des soins: la partie ambulatoire relève de l'exercice libéral, les soins hospitaliers sont publics ou parapublics et financés par des enveloppes budgétaires. La plus grande partie des soins est effectuée par des établissements privés non lucratifs (60% des établissements). Il n'y a pas de système de médecin "gardien de l'accès aux soins". La prise en charge publique est relativement faible mais est compensée par l'assurance complémentaire.

Enfin, une certaine décentralisation caractérise le système belge. Le rôle des administrations publiques en matière de santé est d'élaborer la réglementation du système et de lui assurer un financement partiel, de fixer les prix des médicaments, de déterminer les règles et les budgets des hôpitaux. La réglementation des autorités fédérales et régionales est importante. Les régions et communautés locales s'occupent des soins préventifs, de l'enseignement sanitaire, de la mise en oeuvre des décisions fédérales à propos des hôpitaux.

Les principales réformes de la période contemporaine ont porté:

- en matière d'assurance, sur la recherche du développement de la concurrence entre les caisses, surtout depuis 1994.
- sur le financement des soins. Un contrôle des dépenses des hôpitaux est recherché depuis le milieu des années 1980. Les paiements à l'acte sont remplacés par le paiement de tarifs à la journée et de frais d'admission depuis 1989. Une enveloppe globale est introduite en 1990 pour les soins. Les examens ambulatoires sont mieux contrôlés depuis 1992. Une limite est fixée pour la croissance générale des dépenses de santé à partir de 1995.
- enfin, les pouvoirs des régions et communautés locales sont accrus en matière de gestion des services de soins.

⁴⁴ On utilise essentiellement les travaux de (Berthod-Wurmser 1994), (Duriez et Lequet-Slama), (Lambert), le Rapport d'information de l'Assemblée Nationale, et les Etudes économiques par pays de l'OCDE. Les références à des points particuliers de ces travaux ne sont pas systématiquement signalées pour ne pas alourdir le texte.

⁴⁵ Voir (Lambert) (Duriez et Lequet-Slama).

⁴⁶ Les mutuelles couvrent 95% des assurés (Lambert p.216).

Il semble au total que le changement de proximité de la Belgique vis-à-vis des groupes de pays (Continent en 1980 puis Sud en 2000), observé précédemment, résulte largement d'une évolution "qualitative" relativement limitée de son système de santé lorsqu'on le compare aux autres et que ce soit les changements intervenus dans les autres pays qui aient conduit à modifier la position relative de la Belgique (voir la suite du III). La proximité avec le Sud en 2000 résulterait ainsi d'un développement rapide des systèmes de santé dans ces pays depuis 1980. Elle se retrouve aussi dans certains traits structurels de ces systèmes de santé comme la place importante des établissements de soins privés ainsi que des régimes d'assurance mutualistes et privés.

2) Les Pays-Bas: importance du secteur privé et rôle majeur de l'Etat-réglementeur

De façon générale, les priorités en matière de santé sont décidées par le gouvernement tous les quatre ans. Les experts, les associations d'usagers ont une place particulièrement importante⁴⁷. Comme pour les autres politiques, la recherche de consensus est une caractéristique des Pays-Bas même si elle s'est quelque peu s'atténuée récemment pour certains domaines.

-L'assurance

L'assurance maladie est composée d'un régime national qui couvre les gros risques et les dépenses essentielles (AWBZ), et d'un deuxième pilier pour les soins courants qui comprend un régime général pour les personnes dont le revenu est inférieur à un certain plafond (ZFW) et des régimes spéciaux. Enfin tout un ensemble de caisses complémentaires privées couvre environ 90% de la population. L'organisation de ces caisses privées est le plus souvent associée aux "piliers" qui caractérisent la société néerlandaise. Un système d'assistance couvre les plus pauvres. L'obligation d'adhésion à une assurance ne concernant pas les revenus élevés, ceci a également contribué à renforcer le secteur privé. Mais le plafond de revenus a été relevé à diverses reprises, ce qui limite aujourd'hui les reports.

Les plans Dekker (1987) et Simons (1994) ont établi l'obligation générale d'assurance pour les gros risques et une partie du petit risque. Surtout, ces plans ont institué un double principe de concurrence, d'une part entre les producteurs de soins, d'autre part entre les caisses d'assurances. Ceci a contribué à développer les charges publiques car une plus grande partie des gros risques a été transférée sur ce secteur. Mais le principe de concurrence recherché a été dans les faits largement contourné par la conclusion d'ententes entre les caisses. Aussi une nouvelle loi, en 1998, a instauré des règles anti-trust⁴⁸. Enfin, le système de cotisations a été transformé: les cotisations sont proportionnelles aux revenus et complétées par une cotisation uniforme⁴⁹. Au total, les effets sur la limitation de l'offre des soins ont été relativement limités.

Une réduction des dépenses publiques a été également recherchée en reportant plus largement le coût des absences pour maladie sur les entreprises à partir de 1994, ce qui a entraîné, de la part de celles-ci, un mouvement d'assurance auprès de sociétés privées pour couvrir ces risques.

Plus récemment, plusieurs mesures ont été adoptées pour limiter les dépenses: hausse des franchises, déremboursement de prestations, développement des génériques, etc.

⁴⁷ Voir (Duriez et Lequet-Slama).

⁴⁸ Voir (Beau avr. 2004).

⁴⁹ Voir (Lambert p.205).

Enfin, un projet de refonte du système est envisagé⁵⁰. Il prévoit de fusionner les régimes publics d'assurance pour simplifier le système. Il a été aussi décidé que ce nouveau régime aurait un statut privé. Mais, pour garantir une certaine solidarité, les assureurs devront accepter tous les malades pour un même montant.

-Le système de soins

Les fournisseurs de soins sont essentiellement privés.

Dans le secteur ambulatoire, le principe de médecin "gardien de l'accès aux soins" est établi depuis longtemps. Les médecins sont rémunérés soit à la capitation (assurés du régime obligatoire en tiers payant), soit à l'acte (assurés des régimes volontaires). Une certaine pénurie de professions médicales se manifeste aujourd'hui.

Une partie des hôpitaux est privée. La recherche d'une réduction des dépenses hospitalières passe par plusieurs mesures, notamment par la mise en place d'un système de financement par pathologie en 2003⁵¹. Une réduction forfaitaire du budget des hôpitaux a également été décidée.

En conclusion, les Pays-Bas se distinguent clairement des autres pays du groupe "continental" par l'importance du secteur privé et par l'accent mis sur la notion de concurrence. Un projet récent prévoit d'accentuer cette tendance⁵². Le rôle de l'Etat demeure cependant très important au travers de la réglementation qu'il établit pour définir les marges de manoeuvre des assureurs et des fournisseurs de soins.

3) L'Allemagne: des difficultés accrues par l'unification

Bien évidemment, l'Allemagne se caractérise pour la période récente par le choc majeur que constitue l'unification, choc qui rajoute ses effets sur le système de santé aux difficultés pré-existantes de celui-ci. Comme en matière de retraites, l'organisation de l'Allemagne de l'Ouest pour la santé a été directement transposée à la partie Est lors de l'unification.

La gouvernance du système de santé offre plusieurs particularités. L'une d'elles tient à la mise en oeuvre d'un système d'Action concertée, instance chargée d'élaborer une politique générale, dès 1977, pour proposer des mesures de maîtrise des dépenses. Par ailleurs, les initiatives prises en matière de santé relèvent souvent du niveau des Länder et des caisses de maladie. Enfin, les institutions professionnelles ont un rôle important, notamment en matière de régulation des prix des médicaments.

Le système de santé relève du type "contrat" selon les critères de l'OCDE. Il est structuré autour de régimes d'assurance liés aux entreprises ou aux Länder. Celles-ci passent des contrats avec les médecins. Une réglementation spécifique a été développée pour régler les relations entre caisses et médecins. Mais ce système conduit à des différences notables entre les caisses et selon les régions. Par ailleurs, l'assurance obligatoire ne couvrant pas les hauts revenus, comme aux Pays-Bas, ceux-ci recourent donc à l'assurance volontaire. Enfin,

⁵⁰ Voir Rapport de l'Assemblée Nationale, p.59-60.

⁵¹ Ibid., p.59.

⁵² Voir (Beau avr. 2004).

un objectif permanent des politiques menées tient à la recherche d'une stabilisation des cotisations, dans un contexte de coût de travail relativement élevé.

Le système de soins est dominé par les offreurs privés:

- Les réseaux de soins bénéficient d'une grande autonomie. La place des généralistes est limitée par rapport à la France alors que les hôpitaux tiennent un rôle prépondérant.
- La gestion des hôpitaux est basée sur le principe de budget global, les premières mesures dans ce domaine ayant été mises en oeuvre à partir de 1977.

Déjà avant l'unification, des réformes ont cherché à freiner l'augmentation des dépenses. Ainsi, la réforme Blüm de 1988-1989 a développé les paiements par les patients mais n'a pas altéré pas le caractère corporatiste du système de santé.

L'unification a accéléré la croissance des dépenses sociales en général, dans un contexte de montée du chômage et de difficultés de financement. Plusieurs réformes ont été adoptées depuis lors.

La réforme Seehofer, en 1992, généralise les enveloppes globales. Trois enveloppes concernent désormais les hôpitaux, les prescriptions, les médecins. Des sanctions sont introduites contre les médecins dépassant les limites de prescription mais ces sanctions sont gérées par les associations de médecins de caisse. Le respect de "l'action concertée", qui se traduit par l'implication des organisations intermédiaires dans les réformes et surtout dans leur mise en oeuvre, semble assurer une efficacité certaine au contraire du cas français⁵³.

Tout un pan de mesures vise aussi une forte réduction des remboursements, avec plus ou moins de succès. Ainsi la réduction des prestations de maladie décidée en 1996 provoque un grand mécontentement. De nouvelles dispositions sont alors introduites dans les conventions collectives qui permettent d'annuler celle-ci. Aussi cette mesure est supprimée en 1999. Les tickets modérateurs font également l'objet de diverses augmentations.

La réforme Seehofer propose également un début de planification sanitaire pour les hôpitaux et la mise en place d'une coordination entre médecine ambulatoire et hospitalière.

Enfin cette réforme vise à accroître les mécanismes de concurrence entre caisses avec l'introduction de la liberté de choix des caisses par l'assuré. De nouvelles lois en 1997 renforcent ces dispositions et élargissent l'autonomie des caisses pour les questions d'investissement des hôpitaux, qui dépendaient des Länder, et pour les contrats avec les médecins ou groupes de médecins.

Le changement de gouvernement en 1998 modifie l'orientation de certaines mesures. La réduction des prestations de maladie est annulée, on l'a vu. Une certaine re-réglementation est introduite pour contrôler la concurrence. Les caisses ne sont plus autorisées à rembourser les patients au lieu de payer directement les prestataires de soins. Ce sont désormais les Länder et non les caisses qui fixent les budgets globaux des hôpitaux et des médecins.

Un nouveau projet propose en 1999 de fondre les diverses enveloppes en une seule.

⁵³ Voir (Catrice-Lorey).

Les réflexions sur de nouvelles réformes se poursuivent. La Commission Rürup a proposé deux options de réforme: soit établir une assurance universelle, financée par des cotisations proportionnelles aux revenus, soit mettre en place une contribution forfaitaire.

De nouvelles réformes sont intervenues plus récemment. Un accord politique entre les deux grands partis, en juillet 2003, a établi un nouveau plan s'inscrivant dans le programme de l'Agenda 2010⁵⁴. L'un des objectifs est de réduire le taux de cotisation de 14,3% en 2003 à 13% en 2007. Les principales orientations sont les suivantes:

-La contribution générale des malades est élargie (notamment par le biais des tickets modérateurs et de la cotisation des retraités en 2004). De nouvelles mesures de remboursement sont adoptées pour les médicaments et les prestations. Il est prévu que les indemnités journalières de maladie ne relèveront plus du régime général d'assurance maladie mais d'une assurance particulière à partir de 2007.

-Enfin diverses mesures visent à rendre plus efficace le fonctionnement du système. En particulier, l'autonomie de gestion des caisses est renforcée, le nombre de caisses d'assurance sera réduit, la concurrence entre les producteurs de soins sera développée, un institut doit contrôler la qualité des soins, le principe du médecin référent est renforcé, la rémunération globale des médecins doit être remplacée par un paiement forfaitaire à l'acte en 2007, les organisations de type réseau seront encouragées, la place des unions régionales de médecins sera modifiée, le recours aux génériques doit être développé⁵⁵.

4) La France: centralisation et enchevêtrement

Comme en Belgique, le système français de santé est classé dans la catégorie "remboursement" de l'OCDE. Ce système est globalement dualiste. Il associe:

-une assurance qui couvre largement la population et qui est fondée sur le principe du remboursement. Compte tenu de l'importance de la couverture publique, la mise en concurrence des assurances privées n'a pas reçu la même priorité que dans d'autres pays.

-un système de soins qui est basé sur une médecine libérale (avec un double système de tarification selon les secteurs), et où hôpitaux publics et cliniques privées coexistent.

Par ailleurs, la répartition des compétences dans la gestion du système est relativement complexe et les responsabilités de l'Etat et des caisses d'assurance-maladie sont enchevêtrées⁵⁶.

Un premier type de mesures destinées à contrôler la progression des dépenses consiste en l'extension du système d'enveloppe globale. La politique de budget global est notamment élargie dans les hôpitaux en 1984. La départementalisation des hôpitaux est aussi entreprise en 1985. Enfin, le système d'enveloppe globale est étendu à la médecine de ville en 1985.

Une réforme importante est adoptée en 1991 en matière de financement avec le remplacement de certaines cotisations par la Contribution sociale généralisée. La CSG a acquis progressivement, du fait de relèvements successifs, une place majeure et son montant dépasse aujourd'hui celui de l'impôt sur le revenu.

Plusieurs modifications structurelles du système sont ensuite introduites, en 1996, par des ordonnances. Une loi de financement de la sécurité sociale doit être adoptée chaque année

⁵⁴ Rapport... p.49 et ss.

⁵⁵ Pour les détails : ibid. p.52-53. Voir aussi (Beau, sept-Oct. 2003).

⁵⁶ Rapport... p.91 et ss.

par le Parlement. Elle fixe en particulier les objectifs annuels de croissance des dépenses de l'assurance maladie. L'enveloppe globale pour la médecine ambulatoire doit être mieux contrôlée. Une Conférence nationale et des Conférences régionales de santé sont créées pour participer à l'élaboration des projets sanitaires. Des mesures doivent permettre de stabiliser le nombre de médecins. Des expériences de réseaux de soins sont encouragées. Le recours aux références médicales opposables, instituées en 1993, doit être développé. L'autonomie des hôpitaux publics est renforcée. Les Agences régionales d'hospitalisation, créées au milieu des années 1980, sont responsables de la planification régionale. Au total, les nouveaux objectifs fixés en 1996 concernent davantage le développement de certains modes d'organisation que l'encouragement de la concurrence.

Face à la croissance continue des dépenses de santé, toute une série de mesures tend régulièrement à reporter une partie des coûts sur les malades: déremboursement des médicaments, hausse des tickets modérateurs, création puis relèvements du forfait hospitalier, etc.

Pour permettre à la partie de la population dont l'accès aux soins est difficile ou impossible, un système de couverture médicale universelle est institué.

De nouvelles réformes sont aujourd'hui en cours, dont la mise en oeuvre débutera en janvier 2005. Les principales mesures concernent: 1) le financement: introduction d'un forfait de un Euro par acte médical, hausse de la CSG, prolongement de la contribution au remboursement de la dette sociale, hausse du forfait hospitalier, relèvement de la contribution spécifique de solidarité des sociétés; 2) l'introduction d'une aide à la souscription d'une assurance complémentaire, pour les revenus inférieurs à un certain plafond; 3) les relations médecins-patients: institution d'un dossier médical personnel, choix d'un "médecin traitant" pour l'accès aux spécialistes, contrôle des congés de maladie; 4) la gouvernance: le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie aura davantage de pouvoirs, et les mutuelles, assurances et institutions de prévoyance pourront passer des accords avec l'assurance-maladie et les professionnels de santé.

5) L'Autriche: des changements relativement restreints

Le système autrichien ressemble en partie au système allemand. Les caisses d'assurance y occupent également une place majeure. Leur gestion est assurée par les caisses régionales. Certaines grandes entreprises ont leur propre caisse d'assurance. Les compétences sont partagées entre les niveaux administratifs. L'Etat fédéral et les Länder gèrent les hôpitaux. Les municipalités, les caisses d'assurance, des organisations religieuses interviennent aussi dans la gestion du système.

Les fortes incitations fiscales accordées aux assurances complémentaires permettent le développement de la pratique privée et contribuent à limiter les dépenses publiques.

Une différence majeure avec l'Allemagne tient au fait que le système autrichien repose davantage sur la médecine ambulatoire et les médecins référents. Par ailleurs, la contractualisation des personnels médicaux semble efficiente⁵⁷. Les tarifs des médecins généralistes sont réglés par des conventions.

⁵⁷ Voir (Lambert p.201).

Le financement des hôpitaux, depuis 1978, est régi par des contrats à durée déterminée entre l'Etat et les Länder.

Les réformes récentes visent une plus grande équité dans l'accès aux soins et une meilleure adaptation à la demande au côté de la recherche d'une plus grande efficacité⁵⁸. Le plan de 1994 cherche ainsi à établir une meilleure répartition régionale des médecins et développe la réglementation des lits hospitaliers. Mais plusieurs mesures récentes tentent aussi de mieux maîtriser les dépenses: participation accrue des assurés aux soins, restriction du droit des conjoints aux prestations, etc.

Cependant, au total, les changements apparaissent relativement limités par rapport à ceux intervenus dans bon nombre de pays.

6) Le Danemark: peu de modifications structurelles, une priorité récente donnée à la concurrence

Le système de soins danois associe un service national de santé et une médecine ambulatoire constituée essentiellement de médecins généralistes privés. 97% de la population est couverte par l'assurance⁵⁹. Un médecin référent doit être choisi. Souscrire un système particulier d'assurance permet le libre choix du médecin mais son coût est plus élevé.

Les programmes de santé sont décidés au niveau gouvernemental puis adaptés au niveau des régions. Les régions tiennent une place majeure dans la gestion et la planification des services de soins et des hôpitaux. Certains soins relèvent des municipalités.

Peu de changements structurels sont intervenus. Une tentative de privatisation des hôpitaux, dans les années 1990 s'est soldée par un échec, un seul hôpital privé à but lucratif ayant continué à fonctionner. Le principe de l'ancrage du système de santé au secteur public a été réaffirmé en 1997. Mais diverses insuffisances sont présentes dans le système de soins et des phénomènes de files d'attente se manifestent. Plusieurs mesures sont proposées en 1997 pour répondre à ces problèmes.

La recherche d'économies budgétaires est surtout passée par la réduction des prestations de maladie (institution d'un jour d'attente en 1982, limitation de la durée de versement, etc.).

Plusieurs mesures ont pour but d'accroître les ressources affectées à la maladie (relèvement des cotisations; introduction de cotisations à la charge des salariés en 1994, ce qui constitue une nouveauté radicale; report des premiers jours d'absence maladie sur les employeurs).

Les mesures récentes ont porté sur l'amélioration de la gestion (dossier électronique des patients, normes d'accréditation des hôpitaux, développement des génériques, etc.)⁶⁰.

Un nouveau projet de réforme, en décembre 2003, met l'accent sur la nécessité de développer la concurrence (liberté de gestion des hôpitaux, concurrence entre les établissements de soins, séparation des acheteurs et des fournisseurs de soins).

⁵⁸ Voir (Duriez et Lequet-Slama p.16).

⁵⁹ Voir (Duriez et Lequet-Slama).

⁶⁰ Voir Rapport de l'Assemblée Nationale p.32.

7) La Suède: vers une régionalisation accrue et une responsabilisation plus grande des acteurs

Comme au Danemark, le système est fondé sur un service national de santé et sa gestion est très décentralisée. L'organisation des services de santé a été transférée aux Conseils de Comté en 1982. Il en va de même des services ambulatoires en 1985. Les Conseils peuvent choisir la tarification et faire appel à des prestataires privés. Les municipalités interviennent depuis 1992 en matière de services pour les personnes âgées ou de soins psychiatriques. Mais cette décentralisation importante débouche sur des inégalités dans certains secteurs de soins.

Les hôpitaux sont financés par un budget global. Quelques essais de tarification à la pathologie ont été faits depuis 1985.

La médecine ambulatoire est essentiellement publique. La rémunération des médecins est basée sur la capitation ou sur des salaires⁶¹.

Les soins ayant été pendant longtemps quasiment gratuits, les assurances complémentaires étaient alors peu importantes. Elles se développent aujourd'hui quelque peu avec la création d'organismes sanitaires privés dont la place est encore très limitée.

Le début des années 1990 correspond à une aggravation des difficultés économiques. A la fois le gouvernement et l'opposition admettent la nécessité de réduire les dépenses et les prestations et se mettent d'accord pour développer des formes de concurrence au sein du système de soins.

La réforme Ädel de 1992 a trois buts: élargir le choix des patients, réduire le contrôle administratif central, et développer la concurrence. Certains types de soins sont confiés aux municipalités. Une distinction doit être établie entre acheteurs et fournisseurs de soins. Les Comtés affectent leurs ressources aux districts sanitaires et ceux-ci achètent des services aux hôpitaux. Les hôpitaux doivent trouver leur financement de cette façon par des conventions de services.

Du côté des prestations, les deux premières semaines de congé maladie sont mises à la charge des employeurs en 1992 et les allocations sont réduites au bout de trois mois. Puis une journée d'attente est instituée en 1993. Les prestations font ensuite l'objet de réductions en 1996 avant que leur montant ne soit rétabli en 1997.

Plus récemment, l'accent est mis sur la nécessité de développer l'évaluation de la qualité des soins, avec notamment la création en 1999 d'une agence nationale indépendante, la définition en 2002 d'objectifs nationaux de santé et l'obligation de plans locaux et régionaux de santé publique.

8) La Finlande: une grande réforme au profit des régions et des incitations au développement du secteur privé

⁶¹ Voir (Lambert p.311).

Le même type d'organisation que dans les pays scandinaves précédents existe en Finlande.

Les patients doivent passer par un médecin référent pour avoir accès aux spécialistes ou aux services hospitaliers.

Une assurance maladie légale universelle couvre tous les résidents pour la partie non couverte par le service de santé et pour les indemnités de maladie. L'assurance privée a peu de poids.

Une réforme radicale, en 1993, est intervenue après la forte récession du début des années 1990. Les pouvoirs du gouvernement central sont alors réduits au profit des autorités locales. Les municipalités sont désormais les acheteurs des services de santé et mettent en concurrence les hôpitaux et les centres de santé.

La gestion des hôpitaux a aussi fait l'objet d'un effort de rationalisation (séparation des structures selon leur caractère général ou spécialisé, adaptation de la carte hospitalière, recours à des méthodes de gestion de type privé, plus grande autonomie de gestion)⁶².

La participation financière des usagers a également été accrue.

Plus récemment, diverses mesures ont été adoptées pour faciliter l'accès aux soins en permettant une plus grande mobilité géographique des patients, pour informatiser les dossiers des malades et pour créer des incitations en faveur des génériques.

Le gouvernement cherche aussi à accroître la place du secteur privé dans le système de soins pour diverses raisons, notamment pour pallier certaines insuffisances du secteur public. Des structures relevant à la fois du public et du privé apparaissent.

Comme en Suède, la grande décentralisation du système a introduit des inégalités entre régions. Elles demeurent importantes en Finlande.

9) Le Royaume-Uni: développement de la décentralisation et des mécanismes de marché

Le système de soins est fondé sur un service national de santé. Une petite partie de la population est couverte par une assurance privée qui rembourse essentiellement les soins effectués dans des structures privées.

Les médecins du service national de santé sont payés à la capitation. Le personnel qui travaille dans les hôpitaux est salarié.

Plusieurs réformes ont été adoptées depuis le gouvernement Thatcher. Celles de 1982 et 1985 ont essentiellement étendu les contrôles. La recherche d'économies passe aussi, en 1982, par l'abolition du supplément lié aux salaires pour les prestations de maladie et par le transfert aux employeurs du paiement des prestations, sur une base forfaitaire, durant les huit premières semaines de congé maladie. Tout un pan de mesures a pour but d'accroître les ressources du système de santé. Ainsi les prestations sont soumises à l'impôt depuis 1980.

⁶² Voir Rapport de l'Assemblée Nationale p.23 et ss.

De nouvelles orientations se dessinent à partir du début des années 1990. Une grande partie des interventions a désormais pour but le développement d'un "marché interne" au sein du système de santé. Les mesures portent notamment sur la séparation des offreurs de soins et des assureurs en 1989-1991 et sur la constitution de réseaux de soins et de groupes de médecins chargés de l'offre de soins (General Medical Practitioners Fundholders). Les hôpitaux sont appelés à devenir des structures autonomes. Une distinction fonctionnelle est établie entre les autorités régionales de santé et les autorités de districts. Ainsi, depuis 1993, les autorités de district sont chargées d'acheter, pour la population en dépendant, les soins prescrits par les généralistes qui n'ont pas d'enveloppe budgétaire à gérer.

Mais l'ensemble des mesures concernant le système de santé conduit à une forte dégradation des conditions de soins sans que le freinage des dépenses ne soit aussi prononcé que celui attendu. Un Livre Blanc, en janvier 1998, en dresse un bilan.

Le gouvernement établit de nouveaux projets à partir de 1999. Trois objectifs sont affichés: réduire les files d'attente, améliorer la qualité des services, élargir l'offre et les possibilités de choix. Il est prévu, en 2001, d'augmenter les dépenses publiques de santé mais aussi de faciliter le développement de services privés. L'accent est mis notamment sur une plus grande décentralisation, avec les autorités stratégiques de la santé. Acheter des soins ne sera plus du ressort des médecins généralistes mais relèvera des Primary Care Trusts (groupes de soins primaires bénéficiant d'une grande autonomie). Un Institut national pour la réussite clinique est créé.

De nouvelles mesures, en 2003, réforment le contrat entre médecins de ville et organisations locales du NHS pour améliorer les services et permettre une meilleure rémunération. En particulier, la rémunération des médecins généralistes est modifiée pour tenir compte du type de prestation effectuée. Les généralistes peuvent aussi décider de l'organisation et de la gestion de leurs services. Les organisations locales doivent assurer une continuité de leurs services.

Un nouveau statut des hôpitaux, en décembre 2003, vient renforcer leur autonomie⁶³.

Pour contrôler et évaluer les soins, une nouvelle structure locale vient d'être créée, les Patient and Public Involvement Forums⁶⁴. La mise en oeuvre d'un dossier médical informatisé a aussi pour objectif le contrôle et l'amélioration des soins.

Enfin, les structures de soins privés connaissent un certain développement, qui entraîne celui des assurances privées, mais leur place reste encore limitée.

10) L'Irlande: une certaine réorientation vers la médecine ambulatoire et la protection complémentaire

Le système de santé irlandais est constitué d'un service national de santé inspiré du système anglais. Le ministère définit les grandes orientations. Les administrations régionales gèrent l'offre des services de la santé, notamment des hôpitaux, et des services sociaux.

⁶³ Certains hôpitaux publics peuvent changer de statut pour se transformer en entreprises de droit, autonomes.

⁶⁴ Rapport...p.19.

La gratuité est ciblée sur les ménages les plus défavorisés. Des assurances couvrent certaines catégories de la population⁶⁵. Une assurance santé volontaire, publique, complète la protection obligatoire.

Les hôpitaux peuvent être publics, privés à but non lucratif, ou privés. Leur financement est assuré par un budget global.

La couverture de la population par les médecins est très faible. Le mode de rémunération des médecins a changé dans la période étudiée: la capitation a remplacé la rémunération à l'acte en 1989.

Un groupe de réflexion, formé à la fin des années 1980, a orienté la réforme de 1992 pour améliorer l'offre. Cette réforme accroît le montant des capitations de base dans le but d'augmenter les personnels employés dans les cabinets médicaux afin de pouvoir en élargir la clientèle qui a l'habitude de se diriger vers les hôpitaux. Une enveloppe globale de prescriptions est attribuée aux généralistes.

Un plan stratégique de réorientation du système de santé est ensuite adopté en 1994. Les réformes récentes tendent à introduire des mécanismes de concurrence des réseaux sanitaires. Une nouvelle réglementation du fonctionnement du marché de l'assurance maladie est aussi établie en 1994⁶⁶, puis en 2001, qui autorise la concurrence. Des assureurs privés se développent depuis lors sur le marché de l'assurance complémentaire.

A la fin des années 1990, diverses mesures ont été prises pour améliorer la gestion des soins. Un Plan de services accroît la responsabilité financière des acteurs et propose des stratégies de long terme. Des normes de qualité sont établies. Les investissements augmentent. Quelques réformes d'organisation sont engagées. Le gouvernement réaffirme la nécessité d'améliorer la qualité et l'équité des soins⁶⁷.

Au total, les progrès sanitaires ont été rapides, mais des insuffisances sont encore présentes.

11) L'Italie: régionalisation grandissante et développement du secteur privé

Le système de santé italien est constitué d'un service national de santé depuis 1978. Une assurance maladie obligatoire et universelle est créée en 1978. Elle est destinée à se substituer en grande partie aux mutuelles et assurances privées qui composaient auparavant ce secteur. Cette assurance ne concerne pas les hauts revenus qui seront intégrés seulement en 1988.

Une dimension régionale est introduite dès le début: le système de santé est en effet organisé autour des Unités sociales et sanitaires (USL) et des districts locaux. Mais ceci accentuera les inégalités géographiques.

⁶⁵ Depuis 1991, les catégories d'accès aux soins sont passées de trois à deux. Seule la catégorie dont les revenus sont sous un certain plafond ont un libre accès aux soins et bénéficient de leur gratuité. La seconde catégorie regroupe les deux tiers de la population, soit une grande majorité de celle-ci qui est donc amenée à souscrire des assurances complémentaires dans un contexte où l'assurance maladie reste un monopole de l'assurance publique (Lambert p.306).

⁶⁶ Voir (Lambert p.308).

⁶⁷ Voir Rapport... p35.

Compte tenu des lacunes du service public, les organisations marchandes se multiplient dans les années 1980; elles reçoivent des subventions publiques tant du niveau national que régional ou local⁶⁸.

Une première série de réformes est adoptée dans les années 1990, à un moment où l'Etat connaît des difficultés financières majeures. Comme pour les retraites, 1992 marque une inflexion pour les services de santé. La réforme Amato-De Lorenzo de 1992 met l'accent sur la régionalisation du financement des soins dans le but de les responsabiliser, l'Etat ayant systématiquement compensé leurs déficits jusque là, ainsi que sur la libéralisation du système et le développement de la concurrence.

Les principales mesures sont les suivantes.

-Les régions ont des responsabilités renforcées. Elles peuvent définir les limites des USL, encaisser directement les cotisations de maladie, lever des recettes propres en majorant les cotisations ou les impôts. Pour compenser les inégalités qui pourraient en résulter, le gouvernement central établit des normes uniformes et des critères d'équilibre des différences régionales. Mais, dans les faits, la mise en oeuvre des réformes aboutit à des écarts importants.

-Les régions peuvent choisir entre trois modèles: un modèle où le patient est libre du choix du fournisseur de soins, celui-ci devant être conventionné par l'USL, et où l'USL assure le rôle de payeur; un modèle où les USL passent des contrats avec certains prestataires de soins, les patients devant alors s'adresser à eux pour des soins gratuits; un modèle où l'USL établit un plan annuel avec les services de soins qui en dépendent et éventuellement des fournisseurs de soins privés⁶⁹.

-Les USL ont désormais une grande autonomie de fonctionnement. Elles deviennent des entreprises publiques. Leur nombre est réduit.

-Les grands hôpitaux peuvent devenir des agences publiques indépendantes à partir de 1992.

-D'autres mesures facilitent des formes de privatisations : pratique privée des médecins dans les locaux des hôpitaux publics, autorisation d'un remboursement partiel pour les services de santé et les spécialistes du secteur privé.

La réforme de 1992 concerne aussi l'assurance maladie, avec des mesures analogues à celles s'adressant aux services de santé: régionalisation et introduction de mécanismes de marché. A partir de 1995, les régimes d'assurance doivent être établis au niveau de la région, ce qui remet en cause le caractère universaliste de la couverture. Les organismes de financement et les organismes prestataires de service sont séparés. Le développement des assurances privées est encouragé. Enfin les dépenses sont en partie reportées sur les assurés et la gratuité est limitée à certaines catégories de la population.

Le mode de financement des hôpitaux est modifié en 1997: il est désormais fondé sur des tarifs homogènes par groupes de malades.

Si la croissance des dépenses publiques de santé s'est ralentie dans les années 1990, le rationnement des soins s'est élargi dans le secteur public et la demande s'est en partie reportée sur le secteur privé. Un accord a été passé entre l'Etat et les régions en août 2001, augmentant

⁶⁸ Voir (Guillen).

⁶⁹ Voir (Duriez et Lequet-Slama p. 86).

encore les responsabilités des régions⁷⁰: l'Etat comble une dernière fois leurs déficits et accroît les transferts budgétaires, les régions deviennent entièrement responsables de l'équilibre budgétaire, des mesures visent à mieux contrôler les dépenses de pharmacie.

Mais la question des relations entre l'Etat et les régions donnent encore lieu à de nombreuses contestations.

12) L'Espagne: imbrications des secteurs public et privé et régionalisation

Les principales institutions gérant le système de santé ont été mises en place au début des années 1980: Ministère de la santé et Insalud (Institut national de la santé, gérant l'assurance maladie). Le problème que l'on considérait alors comme majeur était celui des grandes inégalités de protection entre régions et catégories de population. Le modèle scandinave a alors été choisi comme exemple, et un service national de santé a été créé en 1986 qui est organisé autour de services régionaux. Ce changement doit être naturellement accompagné d'une transformation du financement de la santé basé auparavant sur des cotisations et désormais destinées à être remplacées par des impôts, de façon très progressive. Ceci ne sera en fait que modérément suivi d'effets⁷¹. La réforme de 1986 met aussi l'accent sur les soins primaires, très insuffisants jusque là. Un réseau de soins primaires publics se substitue ainsi aux réseaux de médecine de ville. L'Insalud a dorénavant un quasi-monopole pour gérer et rationaliser l'offre de soins.

De nouvelles réformes, dans les années 1990, poursuivent essentiellement trois objectifs: approfondir la régionalisation du système, élargir la concurrence des offreurs de soins, développer les réseaux d'assurance complémentaire. La recherche d'une meilleure efficacité et d'une plus grande qualité des soins fait l'objet d'élaboration de procédures d'évaluation, notamment à partir de 1991.

La décentralisation est encore renforcée en 1997: les compétences dans le domaine de la santé doivent être transférées à toutes les régions qui étaient sous gestion centralisée. Par ailleurs, l'implication inégale des régions dans la gestion des soins entraîne des inégalités géographiques importantes. Il est donc prévu de modifier la carte hospitalière.

Les différences de statut des régions conduisent aussi sur des différences de choix des modes de gestion. Il semble que seules les régions autonomes aient introduit des formes de concurrence dans le système de santé.

La croissance rapide des dépenses des hôpitaux publics incite le gouvernement à adopter plusieurs mesures concernant leur mode de financement: politique d'enveloppe globale puis, en 1995, politique de contrats avec l'Insalud établis sur la base de prix théoriques et de niveaux d'activité.

Toute une série d'économies est également recherchée dans les années 1990 avec le report sur les employeurs d'un plus grand nombre de jours d'indemnités de maladie, la réduction des remboursements aux assurés, notamment pour les médicaments, un plus grand contrôle des absences de maladie, etc.

⁷⁰ Voir Rapport...p.71.

⁷¹ Voir (Lambert p.359 et ss.).

Au total, malgré l'existence d'un service national de santé, les services privés continuent d'occuper une place importante dans l'ensemble du système. En effet, ces services sont depuis longtemps très développés et les insuffisances du secteur public, qui n'ont pas toutes été comblées, contribuent à les rendre attractifs. En outre, les difficultés rencontrées par le service national de santé, notamment dans les hôpitaux, conduisent à une politique de sous-traitance de certains services auprès du secteur privé. Une grande partie des médecins exercent à la fois en secteur public et en secteur privé. Enfin, l'importance du secteur privé en matière des soins s'accompagne de l'importance des mutuelles et sociétés d'assurance qui fournissent une assurance complémentaire.

13) Le Portugal: encouragement des privatisations et des modes de gestion privés

Le changement de régime politique a entraîné, comme en Espagne, une réorganisation du système de santé à la fin des années 1970. Un service national de santé est créé en 1979. La mise en oeuvre de ce projet sera en fait seulement partielle. L'universalité ne sera pas atteinte, seulement 75 à 80% de la population étant couverte. De nouvelles administrations régionales de la santé sont aussi mises en place. Des hôpitaux caritatifs privés, liés à l'Eglise et dont l'existence s'inscrit dans le long terme, sont nationalisés.

La recherche d'une limitation des dépenses conduit à introduire une participation payante au service national de santé sous forme de ticket modérateur dès 1980. Celui-ci sera augmenté à plusieurs reprises par la suite. De même les conditions d'accès aux prestations de maladie sont durcies au milieu des années 1990.

Toujours dans le même but, un plan général de privatisations, concernant l'ensemble de l'économie, est proposé en 1989. Il couvre en particulier la santé, à la fois en matière de services de soins et d'assurance. Des encouragements sont accordés aux hôpitaux caritatifs. Des projets visent l'introduction de formes de concurrence entre assureurs. De nouveaux encouragements sont accordés à partir de 1993 aux services de soins privés et aux assurances privées, ces dernières pouvant se substituer à l'assurance légale. Les insuffisances d'équipement du service public conduisent aussi à un report de la demande sur la médecine privée même si le taux de remboursement des soins y est inférieur. Le remboursement des ordonnances des médecins du secteur privé est autorisé en 1995. Les médecins salariés qui exercent dans le cadre du service national peuvent désormais travailler en privé.

En même temps, en 1993, une certaine décentralisation est effectuée, le contrôle des services de santé étant désormais confié à cinq régions. Mais les inégalités géographiques augmentent.

Les réformes prévues en 1993 sont en partie suspendues en 1995 par le nouveau gouvernement socialiste. Une Commission spéciale est alors créée pour élaborer un nouveau projet. Une certaine reprise de la croissance des dépenses se manifeste.

De nouvelles réformes sont engagées en 2002⁷². Elles ont pour but d'améliorer la qualité des soins et de mieux maîtriser les dépenses de santé. Une première loi concerne la gestion hospitalière et de nouveaux modes de financement du système de santé. Une seconde loi porte sur de nouvelles bases pour le système de sécurité sociale. Les principales mesures adoptées sont: l'introduction de modes de financement tenant compte de la qualité et de la

⁷² Voir Rapport... p.77.

productivité; l'établissement d'un contrat de programme annuel entre le ministère de la santé et les hôpitaux publics; la transformation d'hôpitaux publics en sociétés anonymes qui adoptent un mode de gestion privée; l'établissement d'un partenariat public-privé en matière hospitalière; la promotion des médicaments génériques; le resserrement des contrôles des congés maladie.

Au total, la croissance du secteur privé a été telle qu'elle permet à l'ensemble des dépenses de santé d'être aujourd'hui au niveau de la moyenne européenne.

14) La Grèce: rôle majeur du secteur privé

Le système de santé grec conjugue un service national de santé, créé en 1983, et une assurance maladie extrêmement fragmentée, obligatoire pour les salariés. La part du secteur privé, notamment du secteur privé lucratif, est très importante. Il était prévu en 1983 qu'une grande partie du secteur privé serait progressivement intégrée dans le secteur public. Il était même interdit de créer de nouveaux hôpitaux privés, interdiction supprimée en 1992. La réforme de 1983 prévoyait que les médecins publics n'auraient pas le droit d'exercer en secteur privé. Le système devait être décentralisé.

La réforme adoptée en 1992 comporte plusieurs mesures tendant à renforcer le secteur privé. L'interdiction de créer une structure de soins privée est supprimée et les cliniques privées ne seront pas nécessairement intégrées au service public comme cela avait été prévu en 1983. Certains remboursements sont réduits (forfaits et tickets modérateurs). Par ailleurs, un rapprochement des conditions (notamment des taux de cotisation) des nombreuses caisses d'assurance est recherché. Le malade est désormais libre de son choix.

Le nouveau gouvernement socialiste supprime en 1994 une grande partie des mesures inscrites dans la réforme de 1992. Un rapport élaboré par des comités spéciaux souligne les diverses insuffisances du système. Un nouveau Plan de réforme est ensuite proposé, en 1996⁷³. Le service national doit désormais avoir un rôle gestionnaire qui était effectué par l'Etat central jusque là. Le budget des hôpitaux devra respecter une enveloppe globale tenant compte des départements hospitaliers et des coûts par pathologie. Les services de santé doivent être décentralisés. Des autorités régionales de santé seront créées. Les régimes d'assurance maladie pourront mettre en oeuvre des réseaux de soins.

Plusieurs nouvelles mesures sont adoptées par la suite pour réduire les dépenses: liste unique de médicaments remboursables en 1998, réduction du nombre des caisses en 2002, loi de 2001 prévoyant plusieurs dispositions qui seront progressivement mises en oeuvre (système régional de santé, innovations dans la gestion des hôpitaux publics, informatisation, contrats de performance pour les médecins, etc.)⁷⁴, mesures pour limiter les dépenses de médicaments en 2002.

Au total, la persistance d'insuffisances majeures dans le secteur public contribue à donner un rôle bien plus important au secteur privé que dans les autres pays européens (Tableau 6).

⁷³ Voir (Duriez et Lequet-Slama p.72).

⁷⁴ Voir Rapport... p.82.

IV - Conclusion

1 – Une certaine convergence?

Il semble que les évolutions des dépenses de santé aillent dans le sens d'une certaine stabilisation ou convergence dans l'ensemble des pays étudiés. En effet, on a constaté une certaine compensation entre le niveau de départ et la variation ultérieure de diverses mesures des dépenses. Ceci concerne tant la mesure des dépenses en pourcentage du PIB en 1980 et sa variation entre 1980 et 2000 que le taux de croissance des dépenses par tête au cours des années 1980 et la variation de ce taux de croissance entre les périodes 1980-89 et 1993-2000. On a observé que ceci s'appliquait à la fois aux dépenses totales de santé et aux dépenses publiques de santé. Certes les coefficients de corrélation correspondants ne sont pas très élevés et la correspondance a une certaine fragilité. Néanmoins la comparaison avec les autres dépenses sociales montre que ce type de relation ne se retrouve, de façon plus atténuée, que pour les dépenses sociales totales mesurées en points de PIB. Elle n'est pas présente lorsque l'on considère les taux de croissance des dépenses sociales totales ni en ce qui concerne les retraites, qui constituent l'autre grand domaine des dépenses sociales, quelle que soit la mesure utilisée. Cette tendance à la stabilisation serait donc une caractéristique propre au domaine santé.

On observe en outre une relation de même type à propos de la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales: plus celle-ci est forte en 1980, plus sa croissance est faible. A nouveau, une certaine convergence de la part publique des dépenses semble se dessiner.

Par ailleurs, les résultats de l'analyse en composantes principales semblent également aller dans le sens d'une moindre différenciation des pays. La comparaison de la projection des pays sur les deux premiers axes qui ressortent de cette analyse montre qu'à une claire séparation des groupes de pays associés à la classification hiérarchique en 1980 succède un rapprochement net des groupes associés à celle de 2000.

Sur l'ensemble de la période 1980-2000, l'analyse en termes de modèles à effets fixes confirme cependant la présence de différences nettes en ce qui concerne les pays continentaux et la Scandinavie. La position des autres groupes est plus ambiguë. Les pays anglo-saxons sont proches des pays continentaux sauf pour les effets de la dette publique. Le groupe associé au Sud ressemble, selon les variables, aux pays continentaux ou à la Scandinavie. Ceci semble bien correspondre au qualificatif de "système mixte" souvent attribué à ce groupe de pays.

Le bref examen des principales réformes des systèmes de santé intervenues depuis vingt ans confirme bien la présence d'orientations communes qui participent à la convergence: développement des mécanismes de marché, privatisations, décentralisation, recherche d'une limitation des dépenses publiques, report sur des coûts sur les assurés, etc.⁷⁵ La comparaison internationale montre que, cependant, ces instruments sont utilisés avec une "intensité" très différente selon les pays, peuvent également revêtir des formes variées, et avoir des effets différents⁷⁶, observations qui sont cohérentes avec les divers résultats économétriques précédents relatifs à une tendance à la convergence avec maintien de spécificités.

⁷⁵ Voir (André 2003a).

⁷⁶ Voir (Boyer), (Cutler) et (OCDE 2004).

2 – Une plus grande prise en compte de contraintes financières depuis le début des années 1990?

Enfin, les périodes 1980-89 et 1993-2000 ressortent comme distinctes du point de vue de l'évolution des dépenses de santé lorsqu'on utilise les modèles à effets fixes, la période 1990-92 qui les sépare s'accompagnant souvent de changements importants mais de courte durée. Les principaux changements entre les deux périodes concernent: des effets positifs du PIB moins "entraînants", des effets "restrictifs" de la dette publique et de la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales de santé, un net effet "demande" de la part des plus de 65 ans et un effet positif de l'"offre" associée aux lits d'hôpital. Clairement, les contraintes financières exercent un rôle plus grand depuis 1993 et les effets positifs de la croissance économique sur les dépenses de santé s'atténuent.

3 – Quelques caractéristiques de la France

La position de la France, qui appartient au groupe des pays continentaux, offre certaines spécificités. En effet, si l'on considère les dépenses totales de santé, on observe une croissance en pourcentage du PIB plutôt soutenue en comparaison internationale (Tableau 5) mais par contre un freinage très fort (le plus prononcé après la Finlande) du taux de croissance pour la période postérieure à 1993 par rapport aux années 1980 (Tableau 5). Aussi le taux de croissance des dépenses de santé par tête en France est l'un des plus faibles pour la période récente 1993-2000. On peut se demander si cette tendance s'est prolongée jusqu'à aujourd'hui et si la France se distingue toujours sur cet aspect⁷⁷.

On constate aussi que c'est principalement au cours des années 1980 que la part publique des dépenses de santé dans l'ensemble des dépenses a le plus régressé (Tableau 6) alors que parallèlement la part de l'assurance privée dans le financement se développait rapidement (Tableau 7). La part des dépenses publiques s'est relativement stabilisée ensuite⁷⁸.

Une analyse plus fine des composantes des dépenses de santé et de leur financement, étendue jusqu'à aujourd'hui, serait nécessaire pour éclairer les évolutions observées.

4 – Remarques finales

Bien évidemment tous les résultats précédents doivent être considérés avec prudence compte tenu d'une comparabilité des séries statistiques qui demeure plus ou moins limitée, comme le soulignent les auteurs de la base de données OCDE-IRDES. Par ailleurs, la question de la disponibilité de séries sur une période de vingt ans accroît encore les difficultés et limite le type de données que l'on peut utiliser dans les analyses économétriques. Le problème du manque de données et de la collinéarité des variables est d'ailleurs souligné dans les travaux portant sur le thème traité ici.

Une autre difficulté de ce type d'analyse est celui de l'interprétation des résultats. Par exemple, comme on l'a noté, une même variable peut être considérée comme reliée à l'offre ou à la demande et, selon les périodes, ce peut être l'aspect offre ou l'aspect demande qui l'emporte.

⁷⁷ Pour l'instant, les séries statistiques de la base internationale ne permettent pas de prolonger l'analyse.

⁷⁸ Le recul de la part des dépenses publiques dans les années 1980 concerne plutôt les dépenses ambulatoires et la pharmacie que l'hôpital (Tableau 9). Une certaine stabilisation globale s'est dessinée dans les années 1990 pour les dépenses ambulatoires alors que la part publique a augmenté à nouveau pour la pharmacie.

Surtout, tous les résultats précédents se situent à un niveau macroéconomique. Développer des analyses détaillées, à un niveau microéconomique, serait nécessaire pour en éclairer l'interprétation et permettre d'avancer dans l'élaboration des "configurations de la politique de santé"⁷⁹.

⁷⁹ Voir (André 2003c et 2004).

Références

- André, C. (1995), "Etat providence et compromis institutionnalisés. Des origines à la crise contemporaine", dans R. Boyer et Y. Saillard (éds.), *Théorie de la régulation: L'état des savoirs*, Paris: La Découverte, p. 144-152.
- André, C. (2001), *Les réformes de l'Etat social dans l'Union Européenne depuis vingt ans: de grandes orientations communes mais encadrées par les configurations nationales*, Rapport CEPREMAP pour le Commissariat Général du Plan, 130 p.
- André, C. (2002), "Pensions in the European Union. Where are we? Where are we going?", communication au Eight Workshop of the European Network "Alternative Economic Policy in Europe", Université Libre de Bruxelles, 27-29 sept., <http://www.epoc.uni-bremen.de/home.htm>, 44 p.
- André, C. (2003)a, "Ten European systems of social protection: an ambiguous convergence", dans D. Pieters (ed.), *European Social Security and Global Politics*, Kluwer Law International, p.3-44.
- André, C. (2003)b, "Ongoing changes of pensions in the European Union", communication à la Conférence du European Thematic Network EPOC sur "Privatisation of public pension systems - Forces, experiences, prospects", Vienne, 19-21 juin, <http://www.epoc.uni-bremen.de/home.htm>, 68 p.
- André, C. (2003)c, "Les changements des configurations de l'Etat social en Europe", communication au Forum de la Régulation, Paris, 9-10 oct., 75 p.
- André, C. (2004), "L'Etat social en Europe depuis vingt ans", communication au Congrès de l'Association française de sociologie, Université Paris 13, 24-27 février, 39 p.
- Assemblée Nationale, *Rapport d'information sur les réformes de l'assurance maladie en Europe*, n°1672, 15 juin 2004.
- Bac, C. et G. Cornilleau (2001), "Comparaison internationale des dépenses de santé", *Solidarité et Santé*, n°1.
- Bac, C. et G. Cornilleau (2002), "Comparaison internationale des dépenses de santé", *DREES, Etudes et Résultats*, n° 175, juin.
- Beau, P. (2004), "La réforme de l'assurance maladie aux Pays-Bas", *Espace social européen*, n°677, 9-15 avril.
- Beau, P. (2003), "La réforme santé d'Ulla Schmidt", *Espace social européen*, n°651, 26 sept.-2 oct.
- Berthod-Wurmser, M. (éd.) (1994), *La santé en Europe*, Paris: La Documentation Française.
- Berthod-Wurmser, M. (1995), "Régulation et réformes de la protection maladie en Europe", *Revue française d'administration publique*, n° 76, oct.-déc., p. 585-598.
- Boyer, R. (2000), "The french welfare: an institutional and historical analysis in European perspective", CEPREMAP, Document orange n°2000-07.
- Cabiedes, L. et A.M. Guillen (1999), "L'introduction de la concurrence dans les systèmes de santé des pays d'Europe du Sud", *Revue française des affaires sociales*, n°3-4, p.145-166.
- Catrice-Lorey, A. (1997), "Trajectoires d'institutionnalisation des régimes d'assurance maladie", dans J-P. Faugère, G. Caire, B. Bellon, B. Chavance, C. Voisin (éds), *Convergence et diversité à l'heure mondiale*, Paris: Economica.
- Charpentier, F. (éd.) (2000), *Encyclopédie Protection sociale. Quelle refondation?*, Paris: Economica.
- CREDES (2003), "Décentralisation des systèmes de santé", *Questions d'économie de la santé*, n° 72, oct.
- Cutler, D.M. (2002), "Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform", *Journal of Economic Literature*, vol. XL, Sept.
- De Kervasdoué, J. (2004), *L'Hôpital*, Paris: PUF, *Que sais-je?*
- Docteur, E. and H. Oxley (2003), "Health-care systems: lessons from the reform experience", *OECD Health Working Paper* n°9, 5 December.
- Dumont, J.P. (1998), *Les systèmes de protection sociale en Europe*, Paris: Economica.
- DREES-Mire (2001), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris: DREES.
- Duriez, M. (2003), "La santé allemande: une réforme, des interrogations...", *Espace social européen*, n°651, 26 sept.-2 oct.
- Duriez, M et Lequet-Slama, D. (1998), *Les systèmes de santé en Europe*, Paris: PUF, *Que-sais-je?*

- Eurostat, Dépenses et recettes de protection sociale, série annuelle.
- Gerdtham, U.G. and B. Jönsson (2000), "International comparisons of health expenditure", in A. Culyer and J. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier.
- Gerdtham, U.G., J. Siogaard, F. Andersson and B. Jönsson (1992), "An econometric analysis of health care expenditure: a cross-section study of the OECD countries", *Journal of Health Economics*, p.63-84.
- Gerdtham, U.G., B. Jönsson, M. MacFarlan and H. Oxley (1994), "Factors affecting health spending: a cross-country econometric analysis", *Annexe de H. Oxley and M. MacFarlan*, op. cit.
- Gerdtham, U.G., B. Jönsson, M. MacFarlan and H. Oxley (1997), "Les déterminants des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE", *Insee Méthodes* n° 64-65, S. Jacobzone (éd.), mars.
- Glied, S. (2003), "Health care costs: on the rise again", *Journal of Economic Policy*, vol. 17, n°2, Spring.
- Guillen, A. (2000), "L'universalisation des systèmes de santé dans les pays d'Europe du Sud", communication au colloque "Comparer les systèmes de protection sociale en Europe", MIRE, Paris, 8-9 juin.
- Hitiris, T. (1999), "Health care expenditure and cost containment in the G7 countries", University of York, Discussion papers in Economics, n°1999/15.
- Jobert, B. et M. Stephen (eds.) (1994), *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Espace Social Européen, numéro spécial, sept.
- Hassenteufel, P. (1998), "Les réformes des systèmes de protection maladie entre libéralisation et étatisation: une comparaison européenne (Allemagne, France, Grande-Bretagne)", *Revue internationale de politique comparée*, vol.5-2, p.315-341.
- Hassenteufel, P. (2000), "Quelle protection maladie en Europe?", dans F. Charpentier (éd.).
- Hassenteufel, P. et al. (2000), "La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales", *Politique européenne*, n°2, septembre, p. 29-48.
- Huber, M. (1999), "Health expenditure trends in OECD countries, 1970-97", *Health Care Financing Review*, Winter, vol. 21, n°2, p. 99-117.
- Huber, M. and E. Orosz (2003), "Health expenditure trends in OECD countries, 1990-2001", *Health Care Financing Review*, Fall, vol. 25, n°1, p. 1-22.
- Hughes Tuohy, C. (2001), "The political economy of health care reform: a cross-national analysis", University of Toronto, Working paper, 30 April.
- Jacobzone, S. et I. Rochaix (1997), "L'hypothèse de demande induite: un bilan économique", *Economie et Prévision*, n°129-130.
- Johnson, K.E. (2003), "Sizing up the welfare state: how do measurement concepts impact perceived performance?", ISA RC 19 Conference, Toronto, 21-24 August.
- Jönsson, B. (2002), "Macroeconomic analysis of differences in health care expenditures", OECD Conference on Ageing-related disease.
- Jönsson, B. and I. Eckerlund (2003), "Why do different countries spend different amounts on health care? Macroeconomic analysis of differences in health care expenditure", OECD Conference on A disease-based comparison of health systems. What is best and at what cost?
- Kyriopoulos, J. and K. Souliotis, "Health expenditure in the OECD countries".
- Lambert, D-C. (2000), *Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, Paris: Ed. du Seuil.
- Lequet-Slama, D. (2000), "Prévention et choix des priorités de santé publique dans quelques pays européens", DREES, Document de travail n°4, sept.
- Letourmy, A. (2000), "Les politiques de santé en Europe: une vue d'ensemble", *Sociologie du travail*, vol.42, p.13-30.
- L'Horty, Y., A. Quinet et F. Rupprecht (1997), "Expliquer la croissance des dépenses de santé: le rôle du niveau de vie et du progrès technique", *Economie et Prévision*, n° 129-30, p. 257-268.
- Mahieu, R. (2000), "Les déterminants des dépenses de santé: une approche macroéconomique", INSEE, Document de travail de la Direction des Etudes et synthèses économiques, n°1, janvier.
- Majnoni d'Intignano, B. (2004), *Santé et économie en Europe*, Paris: PUF, Que sais-je?

MIRE, Comparer les systèmes de protection sociale en Europe: Vol.1, 1995: Rencontres d'Oxford, Vol.2, 1996: Rencontres de Berlin, Vol.3, 1997: Rencontres de Florence, Vol. 4, 1999: Rencontres de Copenhague. Paris: Collection Rencontres et recherches de la MIRE.

Mougeot, M. (éd.) (1999), Régulation du système de santé, Rapport du Conseil d'Analyse Economique, Paris: La Documentation Française.

Nixon, J. (2000), "Convergence of health care spending and health outcomes in the European Union", University of York, CHU Discussion Paper 183.

OCDE (1993), Les systèmes de santé des pays de l'OCDE. Faits et tendances, 1960-1991.

OCDE (1994), La réforme des systèmes de santé. Etude de dix-sept pays de l'OCDE.

OCDE (1995), Nouvelles orientations dans la politique de santé.

OCDE (2004), Vers des systèmes de santé plus performants.

OCDE-IRDES (2004), Eco-Santé 2004.

OMS (2000), Rapport sur la santé dans le monde.

Oxley, H. and M. MacFarlan (1994), "Health care reform. Controlling spending and increasing efficiency", OECD Economics Department Working Paper n°149.

Palier, B. (2004), La réforme des systèmes de santé, Paris: PUF, Que sais-je?

Rico, A., R.B. Saltman and W.G.W. Boerma (2003), "Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care", Social Policy and Administration, vol. 37, n°6, Dec.

Rochaix, L. (1993), "Financial incentives for physicians: The Quebec experience", Health Economics, vol.2, p.163-176.

Schieber, G.J. and J.P. Poullier (1987), "Recent trends in international health care spending", Health Affairs, Fall.

Schieber, G.J. and J.P. Poullier (1991), "Advancing the debate on international spending comparisons", Health Affairs, Fall.

Schieber, G.J., J.P. Poullier and L.M. Greenwald (1994), "Health system performance in OECD countries 1980-92", Health Affairs, Fall.

Soubie, R., J-L. Portos et C. Prieur (1994), Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie, Rapport CGP, Paris: La Documentation Française.

ANNEXES

Tableau A-1: Structure des dépenses publiques de santé, en %

	Dépenses des hôpitaux			Dépenses ambulatoires			Dépenses de pharmacie		
	1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000
Be			35,7(1999)			42,1(1999)		10,7(1992)	11,5(1999)
PB	64,4	56,9	59,2(1997)	15,9	13,5	11,4(1997)	7,7	9,5	10,4(1997)
Al Ouest	36,1	39,1	38,7	33	28,2	21,1	13,2	14,2	13
Al		37,8(1992)			25,3(1992)			14,6(1992)	
Fr	57,7	55	51,4	19,7	21,1	20,2	13,7	14,1	18
Au			44,8	20	21,4	29,5		11,6(1995)	16,8
Dk	67,1	66	60,6	22,4	19,7	25,3	3,6	3,2	5,4
Su	74	55,5	54	9,7	27,7	49,2	5,4	7,8	11,9
Fi	53,9	51,4	48,8	24,3	32	29,8	6,7	5,8	10,8
RU	41,9	34,9	31,6(1997)	16,8	17,1	19,7(1996)	10,2	11,4	12,4(1996)
Ir	59,8	80,1	71	7,5	10,3	11,9(2001)	7,6	11,3	12,4
It		52	53,1		28,2	30,1		17,3	13,9
Es	54,9	54,2	34,3	21,7	19,3	36	17,5	17	22,6
Po	41,7	45	49,6(1996)	42,5	36,9	37,9(1995)	23,1	24,3	25,4(1997)
Gr								15,6	20,6

Tableau A-2: Les variables institutionnelles pour les années 1990

	Système de santé			Mode (relativement) dominant de rémunération des médecins			Système de médecin référent	
	Intégré	Contrat	Remboursement	Paiement à l'acte	Capitation	Salaire	Présence de médecin référent	Pas de médecin référent
Be			x	x				x
PB		x			x		x	
Al		x		x			x	
Fr			x	x				x
Au		x		x			x	
Dk	x				x		x	
Su	x					x		x
Fi	x					x		x
RU	x				x		x	
Ir	x				x		x	
It	x				x		x	
Es	x					x	x	
Po	x					x	x	
Gr	x			x				x

Tableau A-3a: Coefficients des régressions
(avec l'Allemagne, sans la variable "médecins") - 1980-1989

	Typologie associée à 2000 (1)			Typologie classique (2)			
	Continent sans Be, +RU+Ir	Scandinavie	Be+Sud	Continent	Scandinavie	Anglo-sax.	Sud
PIB	1.193 (7.83)	1.489 (2.53)	1.422 (7.54)	0.947 (5.33)	1.489 (2.98)	0.948 (2.24)	1.154 (5.20)
Part des dép. publ. de santé	-0.127 (-0.40)	2.753 (2.48)	0.033 (0.25)	-0.532 (-2.42)	2.753 (2.91)	-0.954 (-0.78)	-0.004 (-0.04)
Dettes publique	0.040 (1.00)	0.090 (1.66)	0.061 (1.50)	0.098 (1.63)	0.090 (1.95)	-0.282 (-1.96)	-0.037 (-0.74)
Part +65 ans	0.019 (0.07)	-0.212 (-0.12)	-0.100 (-0.26)	-0.105 (-0.39)	-0.212 (-0.14)	-0.137 (-0.11)	0.085 (0.22)
Nb lits d'hôpital	0.473 (2.46)	0.385 (0.77)	-0.006 (-0.03)	-0.224 (-1.15)	0.385 (0.91)	0.719 (2.31)	-0.430 (-1.84)

Entre parenthèses: Student du coefficient. (1) $R^2=0.8245$, $F(15,111)=34,76$. (2) $R^2=0.8789$, $F(20,106)=38,47$.

Tableau A-3b: Comparaison des intervalles de confiance à 95% des coefficients
(avec l'Allemagne, sans la variable "médecins") - 1980-1989 (1)

	Typologie associée à 2000			Typologie classique			
	Continent sans Be, +RU+Ir	Scandinavie	Be+Sud	Continent	Scandinavie	Anglo-sax.	Sud
PIB	1	1	1	1	1	1	1
Part des dép. publ. de santé	1	2	1	1	2	Recoupe Cont., Sud, et plus légèrement Scand.	1
Dettes publique	1	1	1	1	1	2	1
Part +65 ans	1	1	1	1	1	1	1
Nb lits d'hôpital	1	1	1	1	1	Différent de Sud, recoupe Scand., plus légèrement Cont.	1

(1) Voir les commentaires du Tableau 13-b dans II-3 pour les explications.

Tableau A-4a: Coefficients des régressions
(avec l'Allemagne, sans la variable "médecins") - 1993-2000

	Typologie associée à 2000 (1)			Typologie classique (2)			
	Continent sans Be, +RU+Ir	Scandinavie	Be+Sud	Continent	Scandinavie	Anglo-sax.	Sud
PIB	1.104 (8.36)	-0.105 (-0.19)	1.245 (3.40)	0.608 (1.83)	-0.105 (-0.18)	0.562 (1.29)	1.091 (2.58)
Part des dép. publ. de santé	-0.164 (-0.96)	-2.269 (-1.43)	0.504 (2.44)	-0.239 (-0.87)	-2.269 (-1.40)	-0.841 (-1.74)	0.856 (3.03)
Dettes publique	0.236 (2.37)	-0.137 (-0.78)	-0.115 (-0.84)	0.014 (0.16)	-0.137 (-0.78)	-0.215 (-0.64)	0.065 (0.34)
Part +65 ans	-0.853 (-1.49)	-1.700 (-2.42)	0.062 (0.13)	1.565 (2.55)	-1.700 (-2.36)	0.666 (0.26)	0.252 (0.44)
Nb lits d'hôpital	-0.026 (-0.47)	-0.273 (-1.46)	-0.059 (-0.49)	0.452 (1.25)	-0.273 (-1.42)	0.040 (0.39)	-0.102 (-0.80)

Entre parenthèses: Student du coefficient. (1) $R^2=0.9041$, $F(15,83)=52,16$. (2) $R^2=0.9054$, $F(20,78)=37,34$.

Tableau A-4b: Comparaison des intervalles de confiance à 95% des coefficients
(avec l'Allemagne, sans la variable "médecins") - 1993-2000 (1)

	Typologie associée à 2000			Typologie classique			
	Continent sans Be, +RU+Ir	Scandi-navie	Be+Sud	Continent	Scandi-navie	Anglo-sax.	Sud
PIB	1	1	1	1	1	1	1
Part des dép. publ. de santé	1	1	1 (recoupement seulement léger de Cont.)	1	1	1	Différent de Cont., recoupe Scand. et Anglo-sax.
Dettes publique	1	1	1	1	1	1	1
Part +65 ans	1	1	1	1	2	Recouvre Cont., Scand. et Sud	Recoupe Cont., Scand. et Anglo-sax.
Nb lits d'hôpital	1	1	1	1	1	1	1

(1) Voir les commentaires du Tableau 13-b dans II-3 pour les explications.

Tableau A-5a: Groupe "Continent sans la Belgique, avec le Royaume-Uni et l'Irlande" (typologie 2000), distinction des sous-périodes

	Coefficients		Comparaison des intervalles de confiance à 95% des coefficients (1)	
	1980-1989	1993-2000	1980-1989	1993-2000
PIB	0.642 (3.73)	0.622 (2.84)	1	1
Part des dép. publ. de santé	-0.069 (-0.24)	0.752 (2.72)	1	1
Dette publique	0.085 (1.66)	0.019 (0.19)	1	1
Part des +65 ans	0.597 (2.59)	0.219 (1.76)	1	1
Nb lits d'hôpital	-0.036 (-0.70)	0.016 (0.33)	1	1
Nb médecins	0.880 (9.37)	0.744 (11.02)	1	1

R²=0.9445, F(20,87)=1,58. Entre parenthèses: Student du coefficient.
(1) Voir les commentaires du Tableau 15 dans II-4 pour les explications.

Tableau A-5b: Groupe "Scandinavie" (typologie 2000), distinction des sous-périodes

	Coefficients		Comparaison des intervalles de confiance à 95% des coefficients (1)	
	1980-1989	1993-2000	1980-1989	1993-2000
PIB	0.274 (0.84)	0.946 (2.83)	1	1
Part des dép. publ. de santé	3.383 (5.41)	1.426 (2.21)	1	1
Dette publique	0.170 (7.03)	0.431 (4.07)	1	2
Part des +65 ans	-1.065 (-3.66)	-0.977 (-1.81)	1	1
Nb lits d'hôpital	1.343 (4.57)	0.094 (0.74)	1	2
Nb médecins	-0.194 (-1.05)	-0.301 (-0.92)	1	1

R²=0.9905, F(18,24)=139,67. Entre parenthèses: Student du coefficient.
(1) Voir les commentaires du Tableau 15 dans II-4 pour les explications.

Tableau A-5c: Groupe "Belgique et pays du Sud" (typologie 2000), distinction des sous-périodes

	Coefficients		Comparaison des intervalles de confiance à 95% des coefficients (1)	
	1980-1989	1993-2000	1980-1989	1993-2000
PIB	1.109 (7.17)	0.277 (0.97)	1	2
Part des dép. publ. de santé	-0.031 (-0.30)	-0.038 (-0.09)	1	1
Dette publique	-0.026 (-0.90)	0.660 (3.37)	1	2
Part des +65 ans	0.097 (0.23)	-1.133 (-2.05)	1	1
Nb lits d'hôpital	0.140 (1.87)	0.390 (2.08)	1	1
Nb médecins	0.372 (2.71)	-0.879 (-2.30)	1	2

R²=0.983, F(18,66)=215,47. Entre parenthèses: Student du coefficient.
(1) Voir les commentaires du Tableau 15 dans II-4 pour les explications.

Tableau A-6a: Groupe "Pays continentaux" (typologie classique), distinction des sous-périodes

	Coefficients		Comparaison des intervalles de confiance à 95% des coefficients	
	1980-1989	1993-2000	1980-1989	1993-2000
PIB	2.837 (9.90)	-1.906 (-2.84)	1	2
Part des dép. publ. de santé	-0.714 (-2.96)	-0.100 (-0.22)	1	1
Dettes publiques	-0.155 (-4.91)	-0.104 (-2.70)	1	1
Part des +65 ans	0.130 (0.69)	-0.354 (-1.24)	1	1
Nb lits d'hôpital	-0.344 (-3.83)	0.228 (3.54)	1	2
Nb médecins	0.227 (3.44)	0.253 (1.45)	1	1

R²=0.9082, F(18,66)=36,26. Entre parenthèses: Student du coefficient.

(1) Voir les commentaires du Tableau 15 dans II-4 pour les explications.

Tableau A-6b: Groupe "Pays scandinaves" (typologie classique), distinction des sous-périodes

	Coefficients		Comparaison des intervalles de confiance à 95% des coefficients	
	1980-1989	1993-2000	1980-1989	1993-2000
PIB	0.274 (0.84)	0.946 (2.83)	1	1
Part des dép. publ. de santé	3.383 (5.41)	1.426 (2.21)	1	1
Dettes publiques	0.170 (7.03)	0.431 (4.07)	1	2
Part des +65 ans	-1.065 (-3.66)	-0.977 (-1.81)	1	1
Nb lits d'hôpital	1.343 (4.57)	0.094 (0.74)	1	2
Nb médecins	-0.194 (-1.05)	-0.301 (-0.92)	1	1

R²=0.9905, F(18,24)=139,67. Entre parenthèses: Student du coefficient.

(1) Voir les commentaires du Tableau 15 dans II-4 pour les explications.

Tableau A-6c: Groupe "Pays anglo-saxons" (typologie classique), distinction des sous-périodes

	Coefficients		Comparaison des intervalles de confiance à 95% des coefficients	
	1980-1989	1993-2000	1980-1989	1993-2000
PIB	-0.055 (-0.13)	0.590 (1.93)	1	1
Part des dép. publ. de santé	0.077 (0.10)	0.005 (0.02)	1	1
Dettes publiques	-0.384 (-3.75)	0.049 (0.24)	1	1
Part des +65 ans	-0.305 (-0.99)	0.078 (0.29)	1	1
Nb lits d'hôpital	0.209 (0.70)	-0.001 (-0.02)	1	1
Nb médecins	-0.024 (-0.10)	-0.491 (-1.15)	1	1

R²=0.9955, F(15,6)=87,55. Entre parenthèses: Student du coefficient.

(1) Voir les commentaires du Tableau 15 dans II-4 pour les explications.

Tableau A-6d: Groupe "Pays du Sud" (typologie classique), distinction des sous-périodes

	Coefficients		Comparaison des intervalles de confiance à 95% des coefficients	
	1980-1989	1993-2000	1980-1989	1993-2000
PIB	0.780 (1.93)	-0.354 (-0.72)	1	1
Part des dép. publ. de santé	0.063 (0.42)	0.571 (0.92)	1	1
Dettes publiques	-0.094 (-0.90)	0.426 (1.26)	1	1
Part des +65 ans	0.557 (0.88)	1.163 (0.70)	1	1
Nb lits d'hôpital	0.337 (1.22)	0.268 (1.08)	1	1
Nb médecins	0.338 (2.03)	-0.381 (-0.59)	1	1

R²=0.9772, F(18,45)=107,23 ; Entre parenthèses: Student du coefficient;

(1) Voir les commentaires du Tableau 15 dans II-4 pour les explications.

