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

Antoine Math (IRES)

antoine.math@gmail.com

Journée d'étude - SEGPOSA

« Crise économique et santé : un renouvellement de l'évaluation des politiques publiques ? »

18 novembre 2016



« La santé au péril de l'austérité »

Santé, éducation: services publics dans la tourmente

Chronique internationale de l'Ires, n° 148, décembre 2014

Chronique Internationale de l'IRES

Santé, éducation : services publics dans la tourmente

numéro spécial

n° 148 décembre 2014

ICS - Institut de Recherches Économiques et Sociales

Santé, éducation : services publics dans la tourmente

Coordonné par Pierre CONCIALDI et Antoine MATH

Éditorial Frédéric LERAIS	i
L'éducation n'est pas épargnée Pierre CONCIALDI	
La santé au péril de l'austérité Antoine MATH	22
Espagne	
Des mouvements sociaux originaux pour contrer les réformes	
dans la santé et l'éducation	53
Catherine VINCENT	
Portugal	
Santé, éducation, dans la tempête	68
Jean-Marie PERNOT et Raquel REGO	
Grèce	
Santé et éducation : victimes des politiques d'austérité	83
Christina KARAKIOULAFIS	
Royaume-Uni	
Le triomphe du New public management dans la crise Florence LEFRESNE	104
Pays-Bas	
Le retour aux 3 % de déficit public, accélérateur du retrait de l'État social Marie WIERINK	121
Suède	
Des réformes et des ajustements bien antérieurs à la crise Annie JOLIVET	140
Allemagne	
Un faible impact de la crise sur les ajustements des services publics	151

« La santé au péril de l'austérité »

Question : impact des politiques de « consolidation » budgétaire sur les dépenses de santé, le service public de santé, le soin, la santé... (Union européenne)

Contexte (macro) économique : deux temps à distinguer

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

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

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

= « consolidations » budgétaires suite à la « crise des dettes souveraines » (n° spécial de la *Chronique internationale de l'IRES*, n° 127 – novembre 2010)

Mais ampleur (et calendrier) des restrictions budgétaires très différents selon les pays

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

Plan de l'article

- 1) Les évolutions des dépenses de santé (avant, pendant la « Grande Récession », après, puis avec les politiques d'austérité)
- 2) Les effets des restrictions sur les dépenses de santé au regard de l'objectif macroéconomique de consolidation budgétaire (inefficacité, effets récessifs) 2
- 3) La notion de « privatisation » : un cadre pertinent pour analyser les réformes dans le domaine de la santé depuis les années 1980 (André, Batifoulier)....
- 4) appliqué pour distinguer et analyser les réformes depuis le « tournant de l'austérité »
- (3) + (4) = Politiques d'austérité et « réformes structurelles » en matière de soins et de santé : quelles modalités depuis 2010 ? 3
- 5) Les conséquences des politiques d'austérité sur le soin, l'accès aux soins et sur la santé

 → non traité aujourd'hui

1 Evolution des dépenses (publiques) de santé

Les enseignements de la littérature

- Les déterminants de l'évolution des dépenses via les interactions entre offre et demande de soins (vieillissement ; configuration du système de santé ; niveau de couverture ; « prix et technologie »/ « progrès technique » / salaires des professionnels ; niveau de développement / revenu des ménages et phénomène de rattrapage)
- Le lien entre croissance et dépenses de santé: asymétrie en cas de récession En période de récession, le rythme de croissance des dépenses de santé n'a guère de raisons d'être affecté (dans des pays où la dépense est largement socialisée, et sauf mesures politiques déjà prises en ce sens antérieurement)
- Expériences passées : les crises et les récessions ne sont pas responsables de l'évolution (dégradation) des systèmes de soins (et de la situation sanitaire) ce sont les politiques en réaction à ces crises (austérité vs. soutien à l'activité) qui sont décisives.

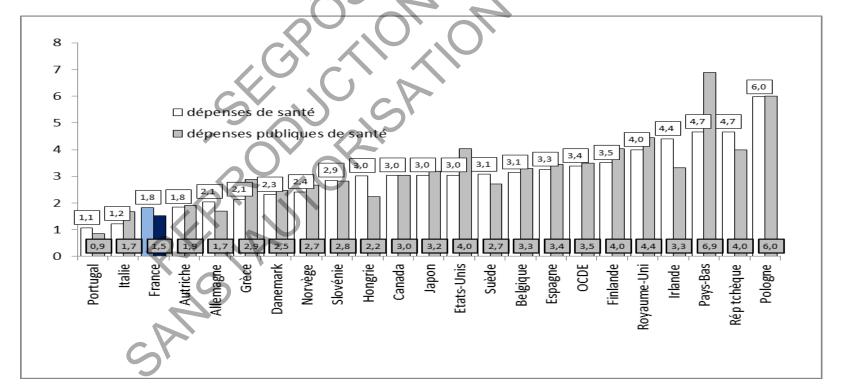
Quid depuis 2008

- 2008-2009 (récession): pas de baisse des dépenses (et rôle de soutien à l'économie)
- La rupture intervient à partir de 2010 (restrictions budgétaires)

1 Evolution des dépenses (publiques) de santé

Avant la crise, des restrictions ou maîtrise des dépenses publiques de santé déjà importantes dans certains pays, en particulier en France

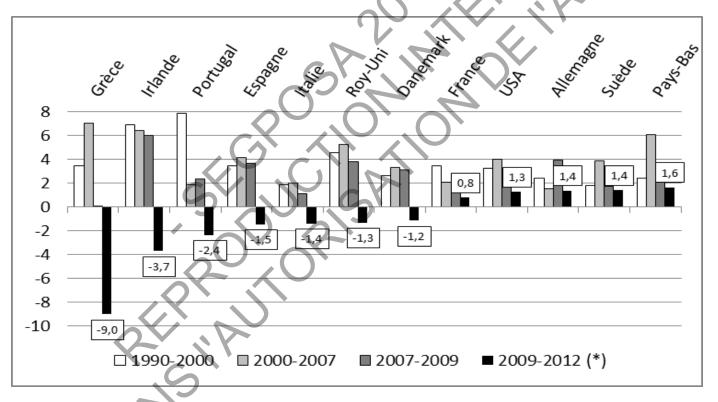
Taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes de santé par habitant et des dépenses publiques de santé, en termes réels - 2000-2011 (%) - OCDE



1 Evolution des dépenses de santé

- Forte résistance des dépenses de santé et rôle de stabilisation économique durant la récession (2008-2009)
- Forte rupture à partir de 2010, « historique » dans certains pays

Taux de croissance annuel moyen (en termes réels) des dépenses de santé par habitant



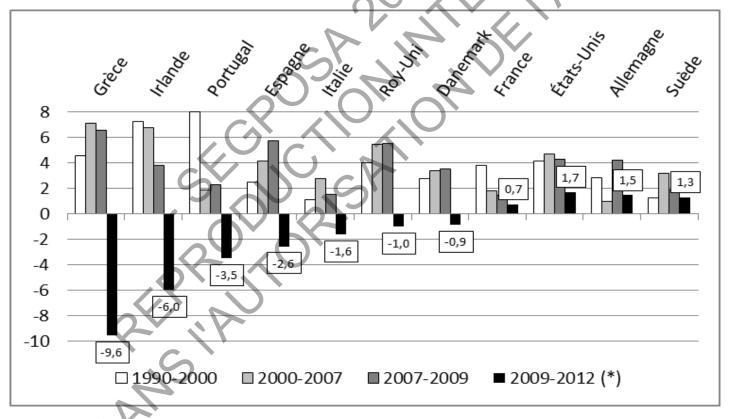
^{(*) 2011} pour Pays-Bas, Portugal, Espagne, 2013 pour Allemagne, Italie

1 Evolution des dépenses publiques de santé

Forte résistance des dépenses de santé et rôle de stabilisation économique durant la récession (2008-2009)

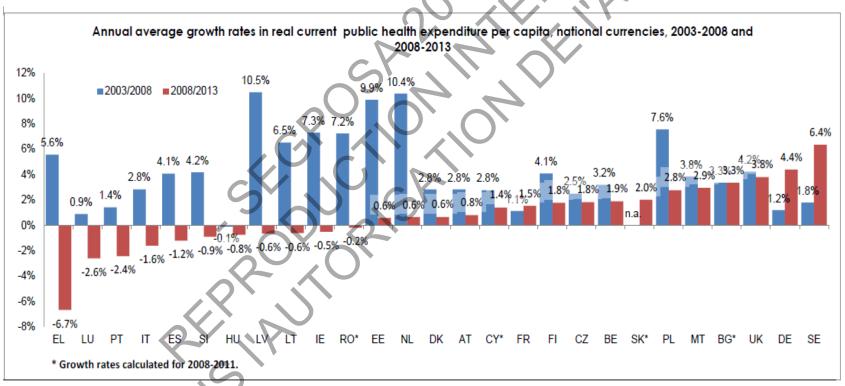
Forte rupture à partir de 2010, « historique » dans certains pays

Taux de croissance annuel moyen (en termes réels) des dépenses publiques de santé par habitant



"Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability", Volume 1 - Economic and Financial Affairs Economic Policy Committee, European Economy, European Commission, Institutional Paper 037, October 2016 - ISSN 2443-8014 (online)

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



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

Source: Commission services (DG ECFIN).

1 Evolution des dépenses (publiques) de santé

Classement des pays selon l'importance de la rupture

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

Pays ayant opéré des « coupes élevées »

- * dépenses par tête ayant <u>diminué en termes réels</u> (une première depuis au moins un demi-siècle) : Grèce, Irlande, Portugal, Royaume-Uni, Danemark, Slovénie, Rép Tchèque, Espagne, Italie
- * rythme de croissance annuel toujours positif mais ayant baissé de + de 4 points : Pays-Bas, Pologne, Slovaquie (mais croissance très élevée avant 2009 aux Pays-Bas et en Pologne)

Pays ayant opéré des « coupes modestes »

- * rythme de croissance annuel ayant baissé de de 4 points : Finlande, Belgique
- * rythme de croissance annuel ayant baissé de de 2 points : France, Suède, Hongrie (mais croissance déjà très contenue/faible ayant 2009 en Hongrie et en France)

Allemagne: aucune baisse du taux de croissance

1 Evolution des dépenses (publiques) de santé

Des dépenses publiques de santé contenues ou réduites quasiment partout (+ ou –) mais des dépenses...

- ... moins sacrifiées que le total des dépenses publiques dans les pays du « nord »
- ... davantage sacrifiées dans les pays du « sud » ou « périphériques »

(nb : l'éducation a davantage été sacrifiée que les autres dépenses publiques dans presque tous les pays, y compris au « nord »)

Les pays du « sud » ou « périphériques » subissent donc une « double peine »

- les coupes budgétaire (en général) ont été incomparablement plus élevées que dans les pays du « nord »
- les coupes dans les dépenses publiques de santé y sont encore plus fortes que pour l'ensemble des autres dépenses publiques alors qu'elles le sont moins dans les pays du « nord »

Conséquences : divergences (inégalités) croissantes au sein de l'UE = rupture très forte par rapport aux périodes passées

European Commission (2016), "Employment and Social Developments in Europe 2015", Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion

"Between 2010 and 2012, a number of countries with relatively high levels of expenditure experienced relatively dynamic health and disability expenditure growth [Allemagne, Finlande, Suède...]. Conversely, some Member States with originally low or average expenditure levels experienced significantly negative expenditure growth in health and disability (in particular Cyprus and Romania, but also to a lesser extent Poland, Slovakia, Greece, Spain, Hungary, Italy, Portugal and Slovenia)"

Table 2: Summary of health and disability expenditure (2010-2012)											
Change in real expenditure per capita (2010-2012)											
		Large negative	Small negative	Small positive	Large positive						
	Low	CY, RO	PL, SK	EE, LT, LV, MT	BG						
Expenditure per capita as a share	Middle (below EU average)	EL, ES, AU, IT, PT, SI	AT, CZ, LU	BE							
of GDP per capita in 2010	Middle (above EU average)	5	HR	UK							
<	High		DK, FR, NL	DE, FI, SE	IE						

Source: Eurostat, DG EMPL calculations.

Note: Member States are regrouped in four groups according to their expenditure levels, based on levels of health expenditure as a share of GDP per capita in 2010 (low below 7.5% and high above 11%) and related trends of real health expenditure from 2010 to 2012 (large developments below -5% and above +5%).

2 L'inefficacité des restrictions des dépenses publiques de santé au regard des objectifs économiques et de consolidation budgétaire

Effets positifs à long terme des dépenses de santé sur le développement économique (croissance, productivité...) = consensus relativement général

Mais quid des effets (des coupes) à court terme sur l'économie et au regard de l'objectif de réduction des déficits publics ?

- « Multiplicateurs budgétaires » : la double erreur du FMI, de la Commission européenne, des gouvernements...
- multiplicateurs préjugés de façon « consensuelle » à un niveau trop bas (0,5), ce qui a permis de « justifier » des coupes fortes et rapides, or comme les multiplicateur sont plus élevés (1,5) : une erreur reconnue par le FMI en 2013 « on n'aurait pas dû tailler si fort et si vite » (conséquences récesives désastreuses, inefficacité sur la réduction des déficits)
- multiplicateurs non différenciés selon le type de dépenses, ce qui a permis de « justifier » de tailler plutôt les dépenses sociales, or les multiplicateurs probablement plus élevés pour l'éducation, la protection sociale et la santé que pour la défense et les aides aux banques et aux entreprises

Explication (hypothèse) : les dépenses sociales (santé, éducation...) connaissent très peu de fuites vers l'épargne ou hors de l'économie nationale (dépenses très peu délocalisées / délocalisables) à la différence des dépenses de défense ou d'aides aux entreprises qui ne retournent que partiellement sous forme de consommation et d'investissement dans le circuit économique national (délocalisation, investissements à l'étranger, distribution de dividendes, bulle financière, paradis fiscaux...)

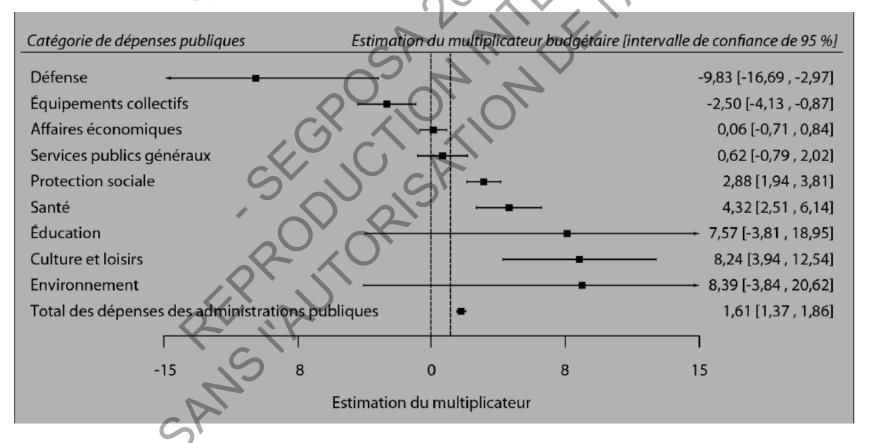
. . . .

2 L'inefficacité des restrictions des dépenses publiques de santé au regard des objectifs économiques et de consolidation budgétaire

● Les multiplicateurs effectivement beaucoup plus élevés pour les dépenses d'éducation (8,4), de protection sociale (hors santé) (4,3) et de santé (2,8) que pour la défense (-9,8) ou les aides aux banques et aux entreprises (0,1) (Reeves, Stuckler, Basu et alii, 2013)

Multiplicateurs budgétaires par catégories de dépenses publiques

(25 pays de l'UE – 1995-2007) – Reeves, Stuckler, Basu et alii (2013)



2 L'inefficacité des restrictions des dépenses publiques de santé au regard des objectifs économiques et de consolidation budgétaire

. . . .

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

- → autres préconisations de politiques publiques (y compris si l'objectif est de réduire les déficits publics par diminution des dépenses publiques)
- → des restrictions des dépenses publiques de santé inefficaces au regard même de l'objectif de consolidation budgétaire et désastreuses du point de vue économique

Objectif (difficile): caractériser, résumer, donner du sens aux multiples changements/mesures/réformes intervenus dans les pays européens depuis 2010

Méthode : utiliser un cadre d'analyse et de classement des réformes dans le domaine de la santé pour caractériser et analyser les réformes menées à partir de 2010.

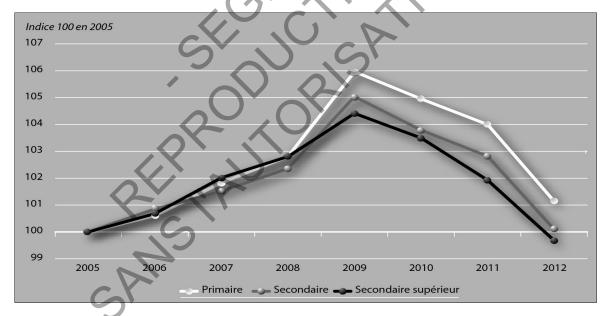
- ⇒ cadre d'analyse bâti sur la notion de « privatisation » (André, Batifoulier...)
- ⇒ permet de couvrir une partie des réformes/mesures mais pas toutes
 - 1. Les « ajustements quantitatifs » : baisse des salaires, diminution des emplois, dégradation des conditions de travail en lien souvent avec :
 - 2. Une accélération des réformes dites structurelles et diverses formes de « privatisations »

- 3 Modalités prises par les politiques d'austérité et les « réformes structurelles » en matière de soins et de santé
 - 1. Les « ajustements quantitatifs » : réductions des rémunérations (salaires) et emplois dans le secteur de la santé, dégradation des conditions de travail

gel voire baisse des salaires/revenus du travail (4/5ème des dépenses directes de santé en France)

- sous revalorisation ou gels prolongés dans le secteur public (F, UK, Dk, Nl...)
- baisse des salaires nominaux (stratégie de déflation salariale) : Gr, Irl, Por, Esp, Hg, Rou, pays baltes

Variation des salaires réels des enseignants - moyenne OCDE (2005-2012)



1. Les « ajustements quantitatifs » : réductions des rémunérations (salaires) et emplois dans le secteur de la santé, dégradation des conditions de travail

- gel voire baisse des salaires/revenus du travail
- diminution de la rémunération des heures supplémentaires, du travail de nuit, les dimanches, les jours fériés (secteur de la santé) (ex : Gr)
- hausse de la durée du travail sans compensation salariale (Port, Esp)
- réductions d'emplois consécutives à des fermetures d'établissements (école, hôpitaux), des fusions, des restructurations... (ex : Por, Gr, Hg, Rou, Dk)
- non remplacement (total ou partiel) des départs (tous les pays sauf Swe, NI, De),
- non renouvellement des contrats temporaires (Gr, Por, Irl)
- système de mobilité forcée et de mise en disponibilité (Grèce), système de mise en réserve (Portugal), quasi suppression de la fonction publique (Portugal), possibilités accrues de licenciements (Pays-Bas)...
- dégradation des conditions de travail et recours à des personnels temporaires et/ou précaires
- remise en cause des règles collectives de gestion des personnels (Uk : passage de rémunérations homogènes au niveau national à une dérégulation des statuts et mode de fixation des rémunérations)
- les femmes davantage affectées par ces mesures (77 % de femmes dans la fonction publique hospitalière en France).

2. Une accélération des réformes dites structurelles et diverses formes de « privatisations »

Un cadre d'analyse des réformes depuis les années 1980 = la « privatisation du soin »

Privatisation externe L II Développement assurance privé de services publics Financement des soins HI IV Comportement entrepreneurial Colonisation du public par le privé

Privatisation interne (au public)

Source: André, Batifoulier, Jansen (2014)

- 2. Une accélération des réformes dites structurelles et des diverses formes de « privatisations » (André, Batifoulier)
- « Privatisation externe du financement » (cadran I) : augmentation des frais de santé à la charge des usagers du service public
- « Privatisation de la délivrance des services » (cadran II) : transfert de la délivrance du service de soins du public vers le privé
- « Privatisation interne de la délivrance des services » (cadran IV) : colonisation du public / promotion des mécanismes et logiques de marché au cœur des services publics

- **3** Modalités prises par les politiques d'austérité et les « réformes structurelles »
 - 2. Une accélération des réformes dites structurelles et diverses formes de « privatisations »
 - « Privatisation externe du financement du soin » (cadran I) : augmentation des frais de soins et de médicaments à la charge des usagers

Une méthode ancienne, mais fortement réactivée dans certains pays

Evolution de la part des dépenses des santé (consommation de soins et biens médicaux) prises en charge de façon publique et solidaire - FRANCE

	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sécurité sociale	51	52,5	54,9	66,2	72,8	76,4	79,9	78,5	77,3	76,9	76,7	76,8	75,7	76,3	75,8	75,9	76,2	76,7	76,8
État et autres administrations	11,8	10	9,5	7,6	5,7	4,3	3,1	2,4	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
Total prise en charge publique	62,8	62,5	64,4	73,8	78,4	80,7	83	80,9	78,4	78,1	77,9	78,1	77	77,5	77,1	77,2	77,6	78,0	78,2

Sources · : comptes de la santé (Drees) ; 1980-2010 (base 2005 - rétropolation des comptes de la santé) ; 2010-2015 (base 2010).

- Modalités prises par les politiques d'austérité et les « réformes structurelles »
 Une accélération des réformes dites structurelles et diverses formes de « privatisations »
- « Privatisation externe du financement du soin » (cadran I) : augmentation des frais de soins et de médicaments à la charge des usagers

Un paradoxe entre

- de nombreuses mesures de « déremboursement » notamment dans les pays du « sud » et de l'« est » européen (+ Pays-Bas) : augmentation des co-paiements, exclusion de prises en charge de certains soins ou médicaments, exclusion de la couverture de certaines populations (indépendants ne pouvant plus payer leurs cotisations en Gr et en Slo ; sans papiers en Esp et en Rep Tchèque)
- absence d'effets très visibles sur les statistiques sur la part des dépenses de santé prises en charge par un système publique
- UE : de 77,6 % (2010) à 77,4 % (2013) / Zone euro : de 76,4 % (2010) à 76,1 % (2013)
- baisse visible (évolution 2010-2013 ou 2014) uniquement pour quelques pays : Espagne, Portugal, Irlande, Italie, Slovénie, Croatie, Pologne, Lituanie

Explications possibles du paradoxe

- effets de structures (de dépenses, de types de couverture) masquant la dégradation de la prise en charge au niveau des individus (comme c'est le cas en France)
- baisse de recours aux soins (baisses identiques des dépenses de santé publiques et des dépenses non publiques)

- **3** Modalités prises par les politiques d'austérité et les « réformes structurelles »
 - 2. Une accélération des réformes dites structurelles et diverses formes de « privatisations »

« Privatisation externe du financement du soin » (cadran I) : augmentation des frais de soins et de médicaments à la charge des usagers

Actions sans précédent sur le médicament (≈ 20 % des dépenses de santé)

<u>déremboursements</u> couplés à des <u>actions sur les prix</u> (multiples modalités)

Avec les dépenses de prévention (jusqu'en 2013), ce sont les dépenses ayant subi les plus fortes baisses dans l'OCDE

Tous les pays concernés (et + particulièrement : Gr, Port, Dk, Irl, Ita, Esp)

- Modalités prises par les politiques d'austérité et les « réformes structurelles »
 - 2. Une accélération des réformes dites structurelles et diverses formes de « privatisations »
 - « Privatisation externe de la délivrance des soins » ou transfert de la fourniture des soins du public vers le privé (cadran II)
 - des voies et des formes variées : création de nouveaux services privés, transformation d'organismes publics en entités à but lucratif, « agencification », vente d'hôpitaux publics à des fonds privés, transferts de missions de service publics aux hôpitaux privés, promotion de l'exercice privé dans les hôpitaux publics, externalisation de certaines tâches (du nettoyage aux examens et actes médicaux)...
 - un mouvement déjà ancien, surtout dans certains pays (NL, DE, UK, pays du sud de l'Europe...)
 - La « crise » a été un prétexte à une accélération dans certains pays depuis 2010 Ex :
 - substitution de structures privées au structures publiques en Rou, Bul, Por (2010-2012 : dépenses SNS pour hôpitaux publics = -16 %, pour hôpitaux privés = + 23 %)
 - extension de la sous-traitance (ex : services d'urgence en Suède)

- 3 Modalités prises par les politiques d'austérité et les « réformes structurelles »
 - 2. Une accélération des réformes dites structurelles et diverses formes de « privatisations »
 - « Privatisation interne de la délivrance des soins » (cadran IV) au sein du public (hôpitaux) par l'introduction de mécanismes ou logiques de marché au cœur des services publics délivrant les soins
 - Introduction de nouvelles règles de gestion et de nouvelles pratiques de management inspirées du « new public management » (NPM) et visant à transformer les hôpitaux en entreprise (« corporatization ») et à favoriser la marchandisation du soin, selon de nombreuses modalités possibles : promotion d'une plus grande autonomie de gestion des hôpitaux publics, nouvelles formes de financement à l'activité, de paiement à la performance (P4P ou pay for performance), financements sur appel à projets, rémunérations individuelles et collectives (services) à la performance, promotion de la mobilité et des principes de flexibilité, généralisation des pratiques d'évaluations et critères de performances, accent mis sur la concurrence au sein même des hôpitaux pour la recherche de contrats, de mécanismes de séparation entre acheteurs et fournisseurs de soins, etc.
 - Un mouvement déjà ancien avec un pays pionnier (UK) et d'autres pays ayant déjà engagé ce mouvement bien avant la « crise » (F, DE, IRL, DK, SE, IT, ES...)
 - La « crise », un prétexte à l'accélération de ce type de « réformes structurelles » (Grèce, Portugal, Irlande...)

Conclusion

(si on ajoute les conséquences négatives de l'austérité sur le soin, l'accès aux soins et la santé)

il n'y a aucun argument sérieux pour poursuivre les politiques d'austérité dans le domaine de la santé

Merci pour votre attention

Antoine Math (IRES) antoine math@ires.fr





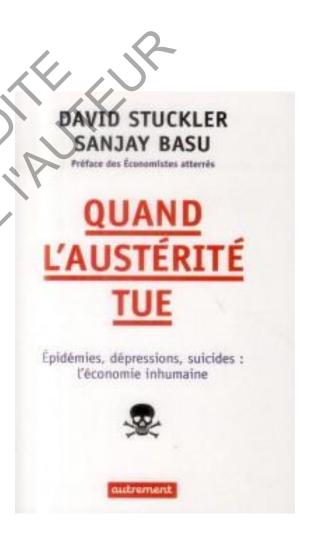
Les conséquences dangereuses de l'austérité sur le soin et la santé

Les enseignements des expériences <u>passées</u>

- o Etats-Unis après la crise de 1929 et le New Deal
- Pays de l'ex bloc de l'Est lors de la transition vers
 l'économie de marché (Russie, Kazakhstan, Lituanie, Lettonie
 Vs. Biélorussie, Géorgie, Pologne, Rép. Tchèque)
- o Indonésie, Thaïlande Vs. Malaisie (crise de 1997-98).
- Islande Vs. Grèce (2008-....)

Les coupes dans les dépenses sociales et de santé sont non seulement vouées à l'échec au regard même des objectifs de réduction des déficits et de reprise de l'économie (cf. point 2), mais elles ont aussi des conséquences sociales <u>durables</u> et sont <u>dramatiques</u> du point de vue sanitaire

→ « l'austérité tue ».





Conséquences des politiques restrictives menées depuis 2010 en Europe

Sur le soin et l'accès aux soins

- → effets avérés, surtout dans les pays les plus touchés (pays du « sud » et « périphériques »)
- Renoncements aux soins entre 2008 et 2012 (Comité de la protection sociale de l'UE, 2013)
- Difficultés d'accès aux soins (coûts, temps d'attente..) (Eurofound, 2013)

Etude menée sur une dizaine de pays par Médecins du Monde (2014) :

« dans plusieurs pays, les groupes déjà fragilisés avant la crise (...) connaissent une réduction, voire une privation des filets de sécurité et des réseaux sociaux qui leur assuraient une assistance de base. Les mécanismes de couverture santé se dégradent laissant une part grandissante à la charge de chaque patient, fut-il sans ressources financières, dans un contexte où les besoins d'un nombre de plus en plus important de personnes en situation de précarité augmentent. (...)Les restrictions à l'accès aux soins sous prétexte de crise économique ou du poids des migrations sont des calculs à court terme. Ils impactent négativement la santé de tous et en premier des personnes qu'il faudrait protéger en priorité. Ces restrictions et ces stigmatisations aux dépens des plus vulnérables ne peuvent que se révéler coûteuses, humainement, financièrement et politiquement, à moyen terme »

4 Les conséquences dangereuses de l'austérité sur le soin et la santé

Conséquences des politiques restrictives menées depuis 2010 en Europe

Sur la santé

 \rightarrow « administration de la preuve » difficile à apporter sur le plan quantitatif (plusieurs raisons)

mais multiplications de témoignages et alertes : professionnels de santé, épidémiologistes, chercheurs, investigations menées par des ONG, des journalistes, etc.