



## Brève de l'IDD n°35 (29.03.20)

### L'évolution des dépenses de santé – 1995-2018

La "norme" de croissance des dépenses de santé est, avec la crise sanitaire, évidemment revenue dans l'actualité, notamment dans diverses prises de position politiques<sup>1</sup>.

Commençons par partager mon relatif scepticisme : peut-on vraiment ramener le débat sur les besoins en matière de soins de santé et sur la bonne utilisation des moyens publics et privés à une référence érigée parfois en dogme (au choix : Verhofstadt : 4,5%, Di Rupo : 3% ou Michel : 1,5%) plus politique – ce qui est légitime – que scientifique ?

Mais puisque débat politique il y a, essayons au moins de regarder les données disponibles de plus près pour l'éclairer au mieux. Chacun en tirera les conclusions qu'il souhaite.

J'aurais aimé évidemment disposer sur une base cohérente de données jusqu'en 2019, mais les informations ne sont pas encore disponibles pour l'année dernière, en tout cas publiquement et sur une base qui permet de faire le lien avec les données de la comptabilité nationale ou celles d'Eurostat.

Dans cette perspective, cette Brève de l'IDD propose divers indicateurs, la plupart d'entre eux jusqu'en 2018 ; ils portent sur :

- L'évolution des dépenses de santé à charge des pouvoirs publics.
- L'évolution des dépenses à charge des ménages et/ou d'assurances.
- L'emploi dans le secteur des soins de santé.

#### L'évolution des dépenses de santé à charge des pouvoirs publics

En 2018, les pouvoirs publics ont, sur base des conventions de la comptabilité nationale, dépensé 30,5 milliards pour la santé ; Eurostat et l'OCDE proposent eux une autre approche, plus englobante, qui évalue les interventions collective à 36,2 milliards, en y intégrant la totalité des remboursements aux ménages.

#### Dépenses de santé à charge de la collectivité – Comptabilité nationale et Eurostat – en millions – 2018

Approche CN – 2018	Millions	% du total
Total des administrations publiques	30.533	100,0%
Administrations de sécurité sociale	26.982	88,4%
Communautés et régions	3.473	11,4%
Pouvoir fédéral	78	0,3%

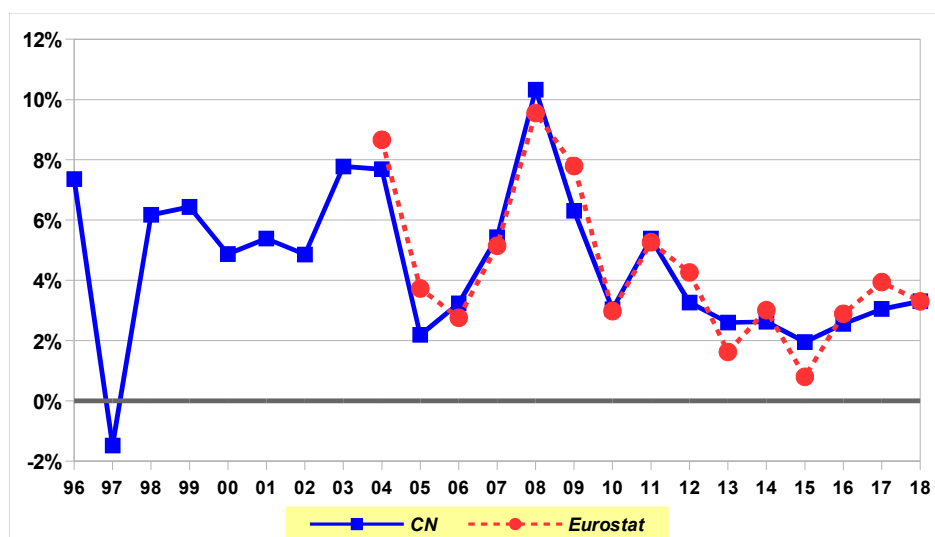
Approche Eurostat et OCDE – 2018 (e)	Millions	% du total
Mécanismes publics et systèmes de financement de la santé à contribution obligatoire	36.231	100,0%
Mécanismes publics	9.923	27,4%
Systèmes d'assurance-santé à contribution obligatoire	26.308	72,6%

Voici – voir graphique en haut de la page suivante – la croissance annuelle des dépenses publiques depuis 1995 sur base de ces deux sources. On observe que, pour les années 2004-2018 (période commune – attention : 2018 = estimation pour la série Eurostat), les taux de croissance à un an

<sup>1</sup> Voir, par exemple : Edouard Delruelle, «Face au coronavirus: le retour de l'État social», Carte blanche, Le Soir, 26.03.2020 (<https://plus.lesoir.be/290099/article/2020-03-26/face-au-coronavirus-le-retour-de-letat-social>)

d'écart sont très proches.

*Dépenses de santé à charge de la collectivité – Comptabilité nationale et Eurostat  
à prix courants – croissance à un an d'écart*

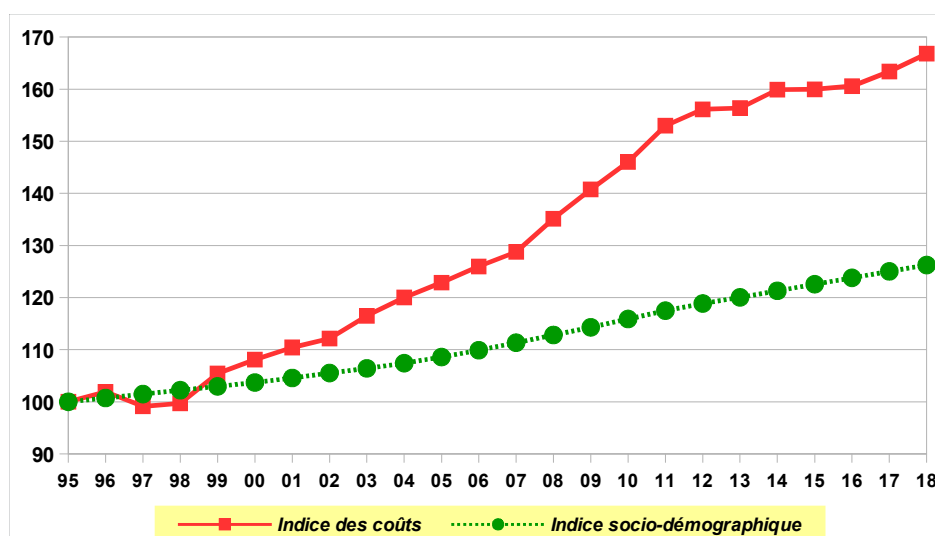


Mais analyser les évolutions à prix courants n'est pas suffisant puisque les normes sont définies en termes réels, déduction faite donc de l'augmentation des prix ; **NB** : Sauf mention contraire les prix dont il question ci-après sont les prix des soins de santé).

Trois corrections sont essentielles pour mieux appréhender l'évolution des marges qui permettent, au choix, d'intégrer des traitements plus coûteux, de réduire les tickets modérateurs ou encore d'étendre le champ d'action en matière de soins de santé. Ces trois corrections sont : déflater les dépenses de l'augmentation des prix et tenir compte de l'augmentation de la population (12,3% entre 1995 et 2018) et du vieillissement de la population (par exemple, au cours de cette même période, les 75 ans et plus sont passés de 6,1% à 8,9% de la population totale). Ceci dit, il faut, en matière socio-démographique, tenir compte de ce que l'état de santé moyen des aînés, pour un âge donné, s'est amélioré au cours de la période étudiée. C'est la raison pour laquelle c'est la structure des dépenses par âge de 2018 qui a été retenue<sup>2</sup> pour construire un indice socio-démographique qui combine croissance et vieillissement de la population.

Le graphique suivant indique que les prix ont augmenté de 67% et l'indice socio-démographique de 26%.

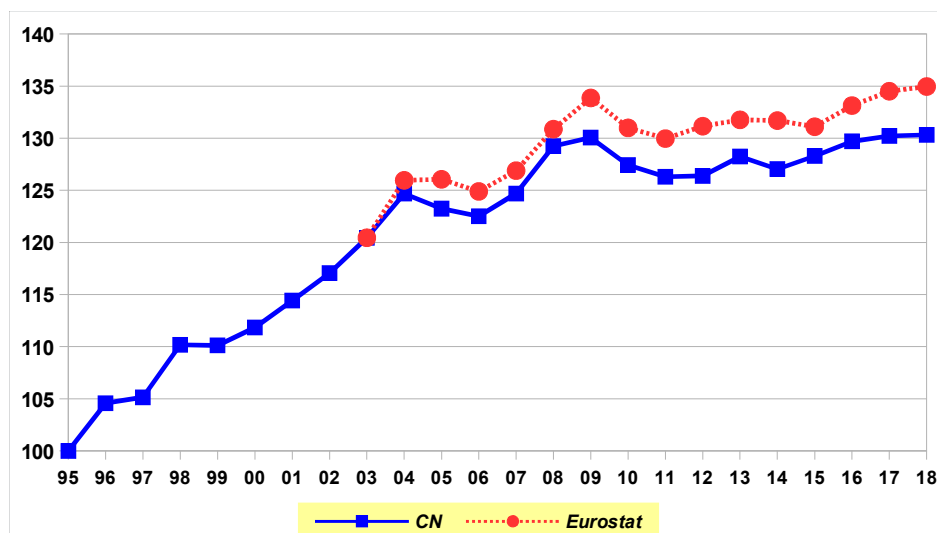
*Dépenses de santé à charge de la collectivité – Indice des prix et Indice socio-démographique – 1995=100*



2 A défaut de données récentes disponibles sur le site de l'INAMI, j'ai pris comme proxy la structure des dépenses par âge des affilié.e.s des mutualités chrétiennes, qui donne une distinction par genre.

Le graphique suivant montre l'évolution (en indices 1995=100 – pour la clarté du graphique l'indice Eurostat a été greffé sur l'indice Comptabilité nationale) des dépenses de santé prises en charge par la collectivité "dégonflées" de l'augmentation des prix, de la croissance de la population et de l'impact du vieillissement socio-démographique.

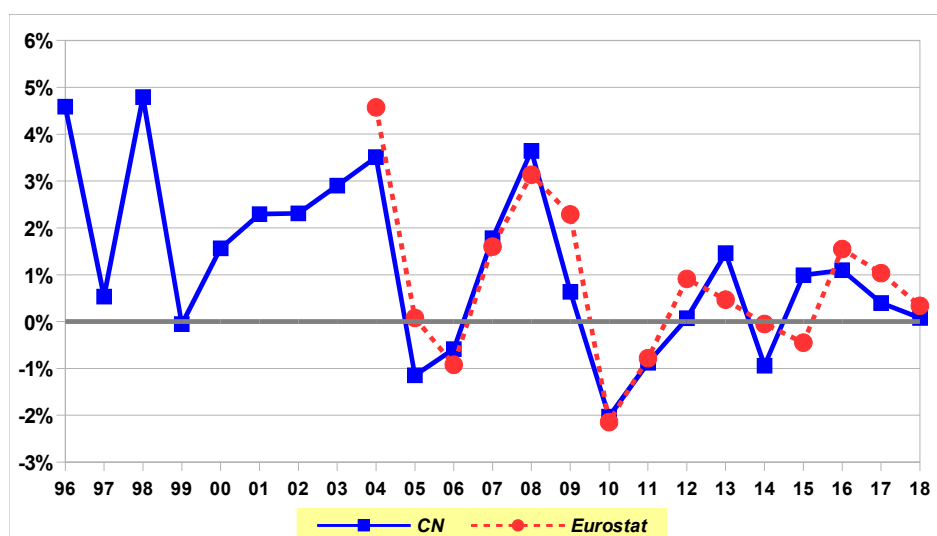
*Dépenses de santé à charge de la collectivité dégonflées de l'augmentation des prix, de la croissance de la population et de l'impact du vieillissement socio-démographique  
Comptabilité nationale et Eurostat – 1995=100*



Le résultat est clair et interpellant : à prix constants et en tenant compte des évolutions socio-démographiques, les moyens d'action publics pour la santé ont augmenté de moins de 1% entre 2009 et 2018, après avoir reculé pendant quelques années au début de crise financière. Précisons, si besoin en était, qu'il s'agit de 1% au total, pas 1% par an...

Voici ce que donnent les mêmes évolutions exprimées en taux de croissance à un an d'écart.

*Dépenses de santé à charge de la collectivité dégonflées de l'augmentation des prix, de la croissance de la population et de l'impact du vieillissement socio-démographique  
Comptabilité nationale et Eurostat – taux de croissance à un an*



Certes, il ne faut pas vouloir en faire dire de trop à l'indicateur proposé par l'IDD, ne serait-ce que parce que l'estimation de l'évolution des prix est en matière de soins de santé un exercice particulièrement difficile, mais cette approche est en tout cas un peu plus sophistiquée que l'utilisation d'une norme non contextualisée.

## La part des dépenses de santé supportées par les ménages

Le tableau suivant montre l'évolution de la structure de couverture des dépenses de santé. Les tendances sont globalement stables. On notera néanmoins que :

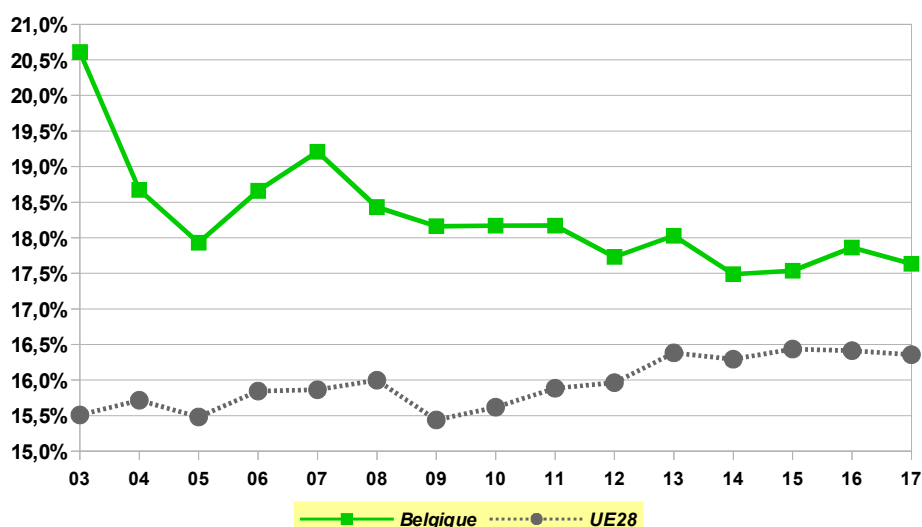
- la part à charge de la collectivité a enregistré un maximum en 2012 avec 78,1% (77,2% en 2017)
- la part à charge des assurances (privées et mutuellistes) a enregistré un minimum en 2009 (4,0%) pour remonter depuis lors et atteindre (5,1% en 2017)
- la part à charge des ménages en 2017 – 17,6% – est, à l'exception des années 2014 et 2015, la plus faible enregistrée sur la période considérée.

*Structure de financement des dépenses de santé totales – 2003-2017*

	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
Collectif	74,3%	76,2%	76,8%	76,1%	75,5%	77,2%	77,8%	77,8%	77,6%	78,1%	77,6%	78,1%	77,6%	77,1%	77,2%
Assurances	5,1%	5,1%	5,2%	5,3%	5,3%	4,4%	4,0%	4,1%	4,3%	4,1%	4,3%	4,4%	4,9%	5,0%	5,1%
Ménages	20,6%	18,7%	17,9%	18,7%	19,2%	18,4%	18,2%	18,2%	18,2%	17,7%	18,0%	17,5%	17,5%	17,9%	17,6%

Le graphique suivant montre que la part des dépenses à charge des ménages est supérieure à la moyenne européenne tout au long de la période 2003-2017 mais aussi que l'écart tend à se réduire.

*Part des dépenses totales des dépenses de santé à charge des ménages – Belgique et UE28 – 2003-2017*



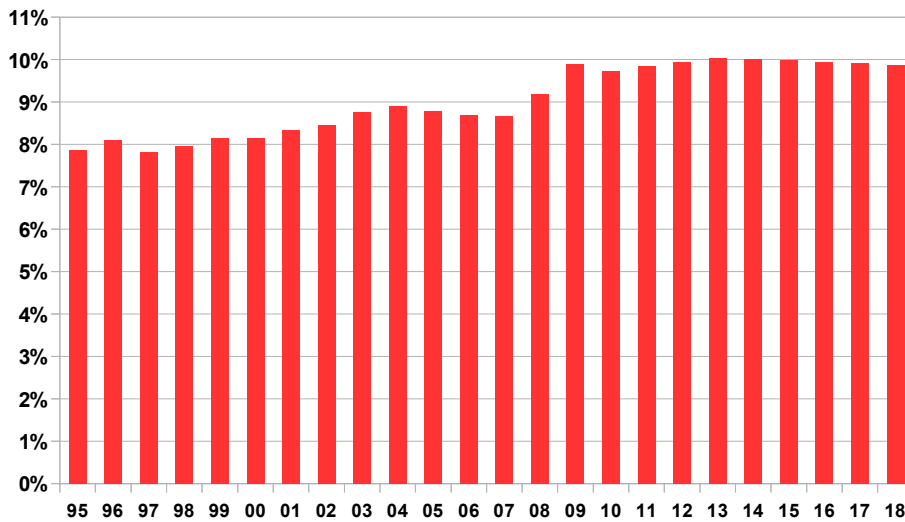
Une fois ajoutées aux dépenses collectives les dépenses à charge des ménages et des assurances on peut analyser l'évolution des dépenses totales de santé. On le fait ci-après sur base de deux indicateurs :

- le rapport dépenses de santé / produit intérieur brut ; on observe à la lecture du premier graphique de la page suivante que le maximum a été atteint en 2013 pour baisser très faiblement jusqu'en 2018 ; la part des dépenses de santé dans le PIB est en 2018 exactement de 2% supérieure à celle de 1995 (9,9% contre 7,9%) ;
- l'évolution des dépenses de santé totales "dégonflées" de l'augmentation des prix, de la croissance de la population et de l'impact du vieillissement socio-démographique ; en 2018 les dépenses de santé ainsi calibrés étaient d'un peu moins de 2% supérieures à celles de 2009.

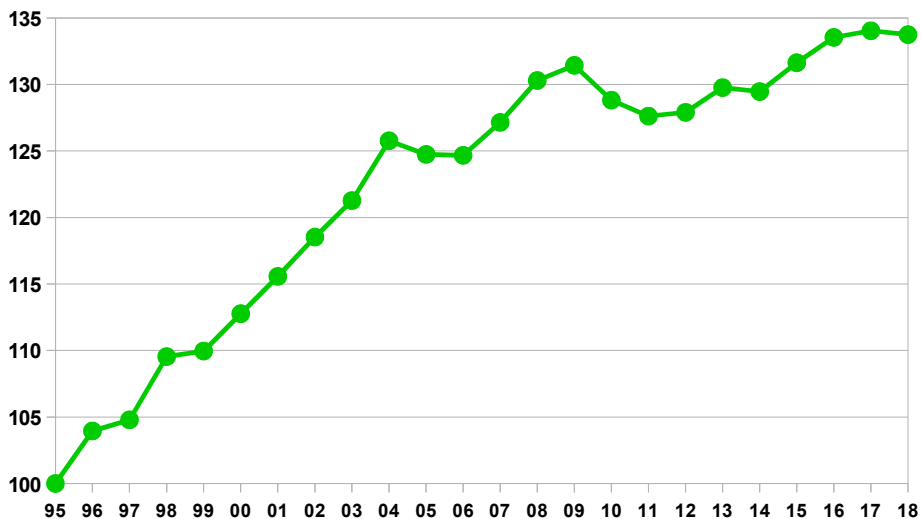
## L'emploi dans le secteur de la santé

Le graphique du bas de la page suivante montre que l'emploi total dans le secteur de la santé humaine (Code NACE 86) est passé de 210.000 à 326.000 emplois entre 1995 et 2018. En 2018, l'emploi salarié représentait 78,0% de l'emploi total. Certes une partie importante de l'emploi est à temps partiel, en particulier mais pas uniquement, parmi les salariés. Au 3<sup>ème</sup> trimestre 2019 l'emploi salarié en équivalents temps plein représentait 75,6% de l'emploi total. Sur base des informations disponibles, on peut estimer que ce pourcentage est resté stable au cours des dernières années.

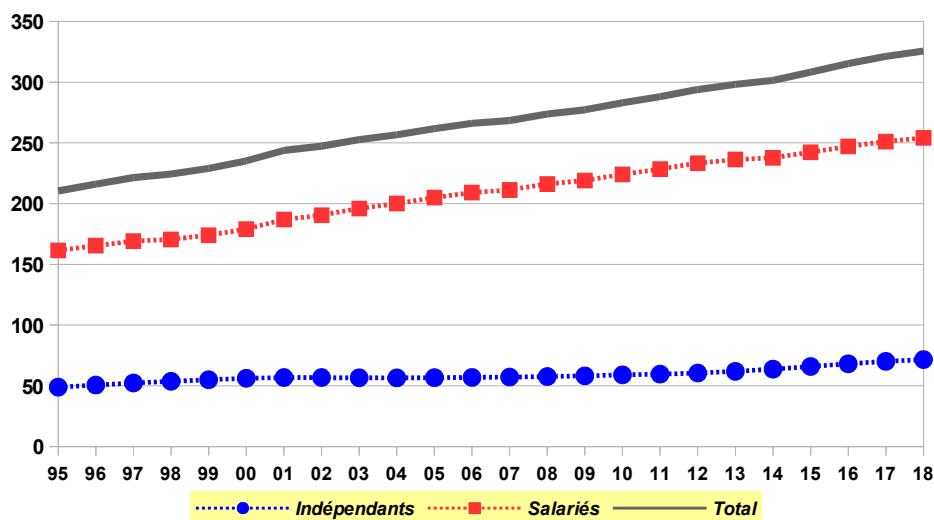
*Dépenses de santé en pourcentage du PIB – 1995-2018*



*Dépenses de santé **totales** dégonflées de l'augmentation des prix, de la croissance de la population et de l'impact du vieillissement socio-démographique – Comptabilité nationale – 1995=100*



*Emploi total dans le secteur de la santé humaine (Code NACE 86) – en milliers – 1995-2018*

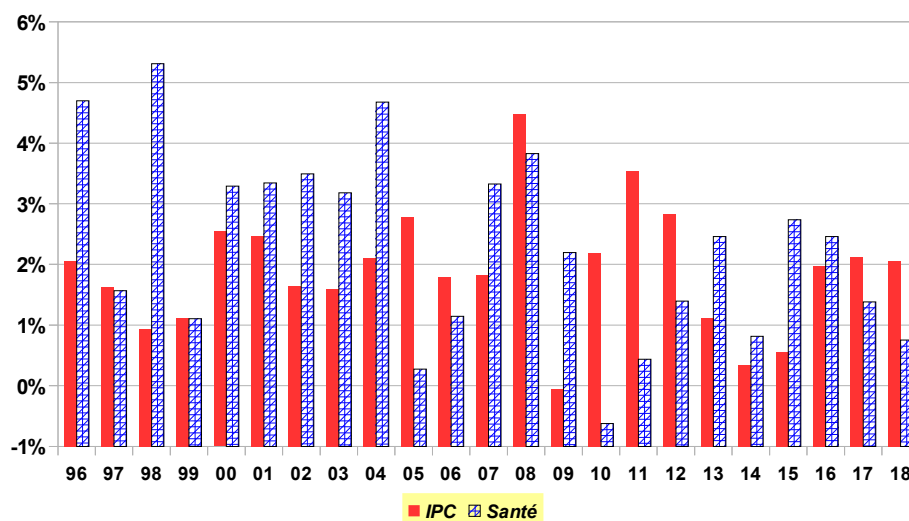


## Quelques réflexions pour terminer

Ce que je suggère, à l'issue de cette analyse, c'est que toute future/nouvelle norme de croissance des dépenses de santé devrait être élaborée à "périmètre constant", à savoir à prix constants et tenant compte des évolutions socio-démographiques.

Attention : sur le long terme (1995-2018) les prix des soins de santé ont évolué plus vite que l'indice des prix à la consommation. Mais, depuis 2005, pour diverses raisons, les prix des soins de santé ont évolué huit fois moins vite que l'indice des prix à la consommation ; c'est le cas, notamment, en 2017 et 2018.

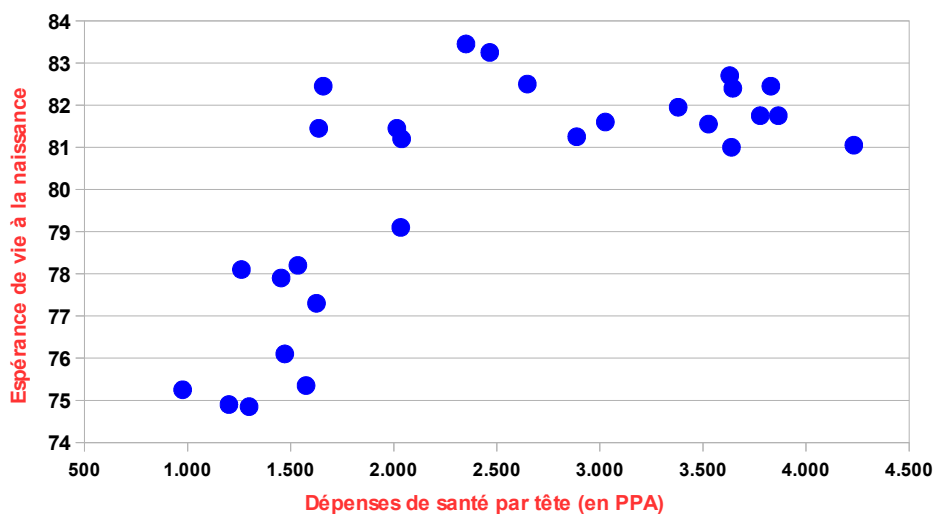
*Indice des prix à la consommation et Prix des soins de santé – Taux de croissance à un an d'écart - 1996-2018*



Mais cela ne suffit pas évidemment pour construire une politique de santé plus efficace, plus efficiente et plus juste.

Sur l'efficacité et l'efficience, des travaux comme ceux du KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé)<sup>3</sup>, et bien sûr tous les travaux semblables menés par d'autres, sont évidemment d'une grande utilité. Ce qui est clair en tout cas c'est qu'il n'y a pas de lien évident et univoque entre les dépenses de santé et l'espérance de vie, comme le montre le graphique suivant.

*Dépenses de santé par tête (en parités de pouvoir d'achat) et Espérance de vie à la naissance  
Pays membres de l'UE28 – 2016-2017*

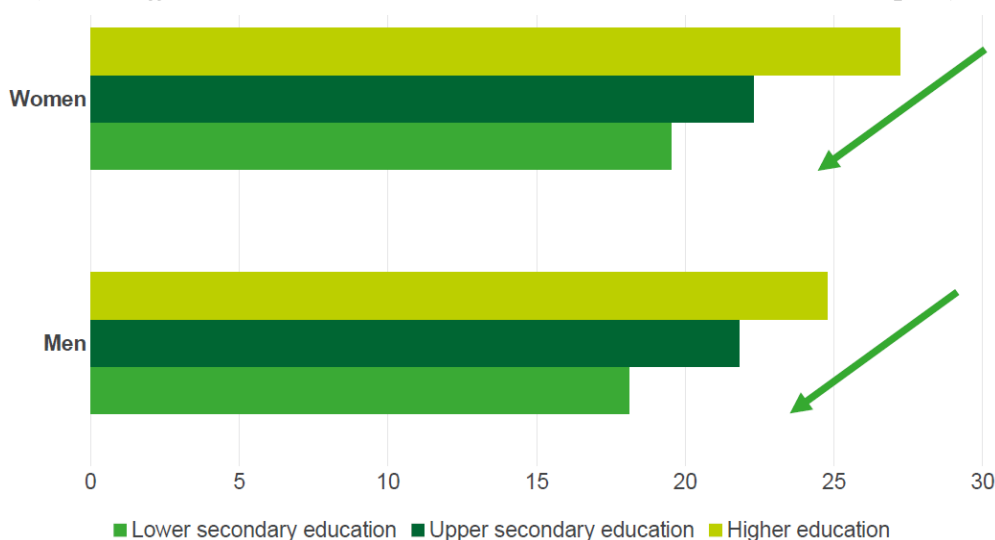


3 Voir : <https://kce.fgov.be/fr>

Sur l'équité de notre système social et de notre système de santé en particulier, j'aimerais simplement évoquer les récents travaux de Sciensano qui confirment, si besoin en était, que

- l'espérance de vie en bonne santé varie en fonction des conditions sociales (voir graphique ci-après – ici l'indicateur est le niveau d'éducation en tant que proxy des conditions socio-économiques) ; on ne peut donc analyser le système des soins de santé indépendamment de l'analyse des inégalités socio-économiques ;
- les inégalités en termes d'espérance de vie en bonne santé semblent avoir augmenté entre 2001-2006 et 2011-2016<sup>4</sup>.

*Espérance de vie en bonne santé à l'âge de 50 ans par niveau d'éducation – en nombre d'années  
(Calculs effectués sur base du recensement de 2011 avec un suivi sur cinq ans)*



**Sources :** Bureau fédéral du Plan, Eurostat, Mutualités chrétiennes, NBB.Stat, OCDE et Sciensano – **Calculs et estimations :** IDD

4 Voir : Herman Van Oyen, « Evolution of health expectancy in Belgium », Après-midi d'études : Protection sociale et évolution de l'espérance de vie, SPF Sécurité sociale, 09-12-2019 (lien : <https://socialsecurity.belgium.be/fr/elaboration-de-la-politique-sociale/apres-midi-detudes-protection-sociale-et-evolution-de-lesperance>)