Antonio Gonzàlez Temprano
Université Complutense de Madrid

Les dépenses et la crise du système public de santé des pays de l'Union Européenne : le cas particulier de l'Espagne

Actuellement, l'intérêt de connaître la place qu'occupe la santé dans les sociétés développées répond, dans une large mesure, à deux raisons intimement liées : ses effets sur l'état de santé et son importance au niveau économique. La preuve en est que l'Économie de la Santé figure au rang des branches les plus modernes des Sciences Économiques.

La projection économique de l'hygiène est liée, en premier lieu, à l'état de santé : en dépit du progrès scientifique et technologique, la productivité est toujours une variable qui dépend de l'état de santé. En second lieu, le secteur sanitaire offre une série de données qui avalisent par elles-mêmes son importance dans les économies modernes. Parmi ces données, on peut citer :
- le fait de fournir du travail à un nombre toujours plus élevé de personnes, malgré la hausse de la productivité que connaît le secteur. En 1991, le secteur de la santé représentait 6,9 millions d'emplois dans les douze pays de l'Union Européenne (que nous désignerons désormais par UE) ;
- le fait d'avoir des dépenses importantes. En 1991, les dépenses sanitaires s'élevaient à 390 milliards d'E.C.U. pour l'ensemble de l'UE ;
- le fait que le montant des dépenses soit en expansion permanente, du fait du développement constant de la demande de prestations (Van den Ven, 1991), du vieillissement progressif de la population, de l'augmentation relative des maladies dégénératives et chroniques et, enfin, de l'accroissement des frais liés aux soins (Fuchs, 1990). Cet accroissement est le résultat de : a) la faible productivité brute en raison de la difficulté à remplacer le travail par le capital ; b) l'emploi d'une technologie de plus en plus sophistiquée ; et c) le degré de spécialisation de plus en plus élevé du personnel rend, par conséquent, la main-d'oeuvre plus chère ;
- le fait de conditionner la productivité économique selon la Macro- et la Micro-économie. Du point de vue de la première, l'expansion des dépenses limite la productivité parce que l'ensemble des services fournis a une valeur qui, de l'avis de Reindhart (1989), n'est pas rentable par rapport aux investissements. Du point de vue de la Micro-économie, c'est parce que les dépenses sanitaires réduisent la compétitivité de l'économie, en faisant monter les frais des entreprises.

Par conséquent, il existe suffisamment de raisons pour affirmer que le secteur sanitaire occupe actuellement une place significative dans l'activité économique. La difficulté d'évaluer la valeur ajoutée par le secteur et ses «ratios» de productivité ne suffit pas à invalider une telle affirmation, étant donné que la majorité de ses services n'est pas destinée à la vente et que les prix ne sont pas calculés en fonction des règles du marché (Baumol et Wolff, 1989).

LES DÉPENSES ET LA CRISE DU SECTEUR DE LA SANTÉ

En accord avec ce qui a été dit précédemment, il semble logique que l'analyse économique de la santé porte une attention spéciale à la dépense, à plus forte raison si l'on ne perd pas de vue que sa tendance à l'expansion a été l'un des facteurs qui ont déclenché la crise et le remaniement que connaît le secteur, tant au niveau public que privé, depuis le milieu des années 1980 ; que l'efficience des dépenses est devenue depuis lors l'un de ses objectifs prioritaires (OCDE, 1994a) ; et enfin que le secteur fait actuellement face au défi de rendre compatibles le contrôle des dépenses et le maintien de la qualité de certaines prestations dont la demande ne cesse d'augmenter.

La nécessité de contrôler les dépenses du secteur sanitaire a atteint une dimension spéciale dans le secteur public lorsque, au milieu des années 1980, son volume élevé et sa tendance à l'expansion ont coïncidé avec :
- l'existence d'un déficit budgétaire préoccupant (en 1993, le déficit public moyen de l'UE équivalait à 5,6% du PIB) et d'une dette publique galopante, à laquelle il fallait affecter une part de plus en plus grande du Budget pour amortir et payer les intérêts ;

- la conviction généralisée dans l'UE qu'il fallait réduire le déficit public grâce à une politique de dépense plus restrictive afin de stimuler l'investissement et l'emploi mais aussi de combattre les tendances inflationnistes, dans le but de rendre les économies européennes plus compétitives sur les marchés internationaux ;
- la méfiance progressive envers le secteur public, accusé de s'accommoder d'un degré élevé d'inefficacité et de gaspillage.

En résumé, la santé publique s'est vue affectée par la révision de la politique budgétaire qui régnait jusqu'alors, et par un changement d'attitude envers le secteur public. A partir de cette époque, l'expression «erreurs de l'État» a commencé à gagner du terrain au détriment des «erreurs du marché», expression qui avait dominé depuis les années 1930.

Le résultat de tout cela s'est traduit par la crise de la santé publique; plus concrètement, une crise financière et une certaine détérioration de la qualité de ses services et de ses prestations (González Temprano, 1994a). Cette crise s'est étendue à tous les systèmes de santé publique, et a mis en évidence la nécessité de procéder à son remaniement.

Les réformes des systèmes publics de santé, que l'on entreprend depuis la deuxième moitié de la dernière décennie, tournent autour d'un seul et même principe : comment rendre compatibles l'accès universel au système de santé, la demande croissante de services et le maintien de sa qualité en contrôlant la dépense publique (OCDE, 1994b). L'unique réponse qui, jusqu'à maintenant, a fait l'unanimité, a été la nécessité de rendre plus rentables les dépenses publiques et d'introduire certains mécanismes de gestion de l'entreprise privée dans le secteur de la santé publique.

Penchons-nous plus longuement sur le facteur qui a déclenché, de façon décisive, de tels changements dans le secteur de la santé publique : les dépenses publiques pour le secteur de la santé. Pour ce faire, nous allons analyser les cas des différents pays de l'UE, et plus particulièrement le cas de l'Espagne. La référence à ce pays s'explique par le fait que c'est l'un des membres de l'UE qui tarde le plus à développer l'État social mais qui, lorsqu'il se lance dans cette entreprise, le fait très activement. D'où le développement, la crise et le remaniement du secteur de la santé publique qu'a connus l'Espagne au cours des deux dernières décennies. Nous commencerons par l'examen du montant total des dépenses pour le secteur de la santé.

LA RUPTURE DE LA TENDANCE UNIVERSELLE À L'EXPANSION

Depuis la fin de la Deuxième Guerre Mondiale, les dépenses de santé des douze pays de l'UE, en termes de pourcentage du PIB, ont connu deux grandes étapes. La première va de cette date jusqu'aux années 1980. La seconde débute au cours de cette décennie et s'étend jusqu'à nos jours.

Au cours de la première étape, les dépenses affectées à la santé dans tous les pays se sont caractérisées par une croissance continue et élevée, toujours supérieure à l'augmentation du PIB. Le résultat de ce qui précède a été qu'en 1980, les dépenses sanitaires de tous les pays oscillaient entre 6 et 8% du PIB, sauf celles de l'Espagne, de la Grèce et du Portugal (Tableau n°1). Par conséquent, exception faite de l'Irlande, les pays pauvres de l'UE affectaient un moindre pourcentage du PIB à la santé. Les théories qui indiquent que les pays riches affectent généralement à la santé une proportion plus importante de leur budget que les pays ayant des ressources plus limitées se voient donc confirmées (Abel-Smith, 1967, Kleiman, 1974, et Newhousse, 1977).

Comme nous venons de le signaler, les dépenses au niveau sanitaire en Espagne ont été à tout moment bien inférieures à celles de la plupart des pays de l'UE. Cependant, entre 1960 et 1980, elles ont augmenté de façon beaucoup plus significative que dans les autres pays, à savoir 156,52% très exactement. Cela suppose que les différences entre les dépenses sanitaires espagnoles et celles de la majorité des pays de l'UE aient été sensiblement moins grandes en 1980 que vingt ans auparavant.

TABLEAU N°1

LES DÉPENSES DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB

								Accroissement	
	1960	1974	1980	1986	1988	1990	1992	60-80	80-92
Allemagne	4,7	7,1	7,9	8,4	8,9	8,1	8,7	68,0	10,1
Belgique	3,4	4,6	6,6	7,4	7,5	7,4	8,2	94,1	24,2
Danemark	3,6	7,1	6,8	6,0	6,5	6,2	6,5	88,8	-4,4
Espagne	**2,3**	**4,9**	**5,9**	**5,8**	**6,2**	**6,6**	**7,0**	**156,5**	**18,6**
France	4,2	6,3	7,6	8,5	8,6	8,9	9,4	81,0	23,7
Grèce	3,2	4,0	4,3	5,2	5,0	5,3	5,4	34,4	25,6
Hollande	3,9	7,2	8,2	8,2	8,2	8,1	8,6	110,3	4,9
Irlande	4,0	7,4	8,5	7,4	7,9	7,1	7,1	112,5	-16,5
Italie	3,3	6,0	6,8	6,6	7,6	7,6	8,5	106,1	25,0
Luxembourg	-	4,2	6,8	5,9	7,3	7,2	7,4	-	8,8
Portugal	-	4,7	5,9	6,6	7,1	6,7	6,0	-	1,7
Royaume-Uni	3,9	5,3	5,8	5,9	5,8	6,1	7,1	48,7	20,3
UE	-	**5,7**	**6,8**	**7,4**	**7,2**	**7,1**	**7,5**	-	**10,3**

Source : OCDE (1989, 1991, 1993 et 1994a) et élaboration personnelle.

Dans les années 1980, les dépenses de santé des pays de l'UE sont entrées dans une nouvelle phase caractérisée principalement par deux points. D'une part, tous les pays n'ont pas totalisé des dépenses plus importantes (entre 1980 et 1992, les dépenses de santé du Danemark et de l'Irlande ont baissé). Le deuxième point est que l'augmentation a eu tendance à être plus faible qu'au cours de l'étape précédente. En outre, il faut souligner que l'augmentation ou la réduction ayant eu lieu au cours de ces années n'ont pas eu de lien avec le pourcentage des dépenses de santé relevé en 1980.

Les dépenses de santé de l'Espagne ont donc suivi la tendance générale, à savoir augmenter au-delà du PIB, mais avec un ralentissement beaucoup plus marqué que lors de l'étape précédente. Même ainsi, l'augmentation des dépenses de santé de l'Espagne a dépassé la moyenne européenne, de sorte que l'écart entre cette dernière et les dépenses de l'Espagne est allé en se réduisant. Si, en 1980, les dépenses espagnoles représentaient 86,8% de la moyenne européenne, en 1992 elles atteignaient 93,3%.

En conséquence, en 1992, les dépenses affectées à la santé de la plupart des pays de l'UE en termes de pourcentage du PIB oscillaient entre 7 et 8%. Même ainsi, on pouvait parler de cinq grands groupes :

< 6% : la Grèce.
6-7% : le Danemark et le Portugal.
7-8% : l'Espagne, l'Irlande, le Luxembourg et le Royaume-Uni.
8-9% : l'Allemagne, la Belgique, la Hollande et l'Italie.
9% > : la France.

En accord avec ces données, il faut souligner un fait en particulier : en 1992, le pourcentage du PIB affecté par les pays européens aux dépenses sanitaires était toujours relativement peu harmonisé (les dépenses de la France étaient de 74,1% supérieures à celles de la Grèce). Toutefois, l'écart entre les pays était inférieur à l'écart signalé pour 1960, c'est-à-dire qu'au cours des trois dernières décennies il s'est produit un processus d'homogénéisation, bien qu'il reste faible, malgré tout.

LE CARACTÈRE PUBLIC DES DÉPENSES SANITAIRES EUROPÉENNES

Une autre caractéristique des dépenses de santé des pays européens est l'importance du secteur public. En Europe, les dépenses affec-

tées à la santé ont été et sont toujours éminemment publiques. En 1992, les dépenses publiques impliquaient un pourcentage minimum de dépenses de santé de 70% dans tous les pays. D'ailleurs, les dépenses publiques de l'immense majorité des pays représentaient entre 70 et 80% des dépenses de santé (Tableau n° 2).

L'évolution de la structure des dépenses de santé (dépenses publiques/dépenses privées) au long des vingt dernières années n'a pas été la même pour tous les pays, de même aucune tendance, que l'on pourrait qualifier de dominante, n'a été ressentie. Deux certitudes : au cours de cette période, la norme universelle qui existait jusqu'alors - l'augmentation des dépenses publiques proportionnellement plus forte que celle des dépenses privées - s'est révélée fausse; en accord avec les nouvelles idées économiques sur le secteur public, il est plus que probable que, dans un futur proche, la tendance dominante soit une augmentation des dépenses publiques similaire ou inférieure à celle des dépenses privées.

TABLEAU N° 2

LES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR RAPPORT AUX DÉPENSES DE SANTÉ

	1974	1980	1987	1988	1989	1990	1992	1974-1992
Allemagne	79,6	73,4	78,4	73,4	72,1	72,7	71,5	-10,2
Belgique	82,5	81,5	76,9	82,5	82,5	82,5	88,9	7,8
Danemark	81,2	85,2	85,5	84,2	84,2	84,2	82,0	1,0
Espagne	**63,6**	**73,5**	**71,5**	**78,4**	**78,3**	**78,4**	**80,5**	**26,6**
France	76,2	78,8	74,8	74,5	75,0	74,2	74,8	-1,8
Grèce	60,2	82,2	75,3	82,6	76,1	76,0	76,1	26,4
Hollande	74,8	75,8	73,9	72,7	72,3	72,6	76,6	2,4
Irlande	80,9	85,5	87,0	81,8	83,9	82,0	76,1	-5,9
Italie	88,0	83,6	79,2	78,4	77,7	77,7	75,2	-14,5
Luxembourg	-	92,8	91,6	91,7	91,1	91,4	91,4	-
Portugal	62,7	72,4	60,7	57,8	57,8	61,7	69,8	11,3
Royaume-Uni	89,7	89,6	86,4	85,2	85,4	84,9	84,4	-5,9
UE	-	**81,2**	**78,4**	**78,6**	**78,0**	**78,2**	**78,9**	**3,4**

Source : OCDE (1989, 1991 e 1994).

La crise du système de santé public - et c'est à souligner - n'a pourtant pas entraîné de privatisation générale des dépenses de santé. Les pays qui, depuis la deuxième moitié des années 1980, ont connu une certaine privatisation de leurs dépenses de santé, sont : l'Allemagne, le Danemark, l'Irlande, l'Italie et le Royaume-Uni. Les autres n'ont pas subi de changements significatifs, ou même ont-ils augmenté de façon substantielle le poids du secteur public, comme par exemple la Belgique, l'Espagne et le Portugal.

En ce qui concerne les dépenses de santé de l'Espagne, il faut convenir que la place du secteur public est très importante (80,5% en 1992); que l'Espagne fait partie du groupe de pays pour lesquels le secteur public a continué de renforcer sa présence dans les dépenses de santé globales - et ce en dépit de l'augmentation des dépenses de santé privées - ; que l'expansion des dépenses de santé au cours des dernières années a été, dans une large mesure, la conséquence de l'augmentation des dépenses publiques; enfin, qu'il est probable que la part publique des dépenses de santé de l'Espagne ait également atteint ses cotes maximales.

LE RALENTISSEMENT DES DÉPENSES PUBLIQUES

Il existe un autre aspect des dépenses publiques de santé qui mérite tout notre intérêt : le poids des dépenses par rapport au PIB. Les changements qui se sont produits sont suffisamment significatifs pour être pris en compte.

L'évolution des dépenses publiques pour le secteur de la santé en termes de pourcentage

du PIB laisse clairement entrevoir deux étapes : «avant» le milieu des années 1970, et «après» le milieu des années 1970. Jusqu'à cette date, dans tous les pays, les dépenses publiques ont augmenté plus rapidement que les revenus.

Vers le milieu des années 1970, a commencé une période que l'on peut diviser en deux sous-étapes. La première s'étend jusqu'au milieu des années 1980, et se caractérise par la rupture de la tendance universelle (deux pays, l'Allemagne et le Danemark, ont maintenant tendance à stabiliser leurs dépenses) et par une augmentation des dépenses très inférieure à celle des années 1950 et 1960 (Tableau n° 3). La seconde sous-étape va du milieu de la dernière décennie jusqu'à maintenant, et elle se distingue essentiellement par la généralisation de ce qui s'est produit pour l'Allemagne et le Danemark au cours de la sous-étape antérieure; maintenant, la stabilisation ou la diminution en pourcentage des dépenses affecte tous les pays -sauf la Belgique-, et l'Espagne tout particulièrement.

Tout cela signifie que les dépenses publiques ont eu tendance à évoluer de la même façon que les dépenses de santé globales. Il ne pouvait en être autrement, étant donné le poids élevé du secteur public sur ces dernières.

Doit également être souligné le fait que les plus forts taux de croissance des dépenses publiques entre le milieu des années 1970 et le milieu des années 1980 ont concerné les pays dont le pourcentage au milieu des années 1970 était sensiblement inférieur à la moyenne européenne : Belgique, Espagne, Grèce et Portugal. Le résultat en a été un rapprochement des écarts entre les douze. En 1990, il y avait toujours des écarts significatifs entre les pays, mais ils étaient inférieurs à ceux de 1974. A cette date, les dépenses affectées à la santé par les Administrations Publiques Européennes oscillaient entre 5 et 6% du PIB, à l'exception de la Grèce et du Portugal, avec 4%.

Quelles causes ont fait que les dépenses publiques en matière de santé ont cessé de croître au-delà du PIB dans la plupart des pays membres de l'UE depuis le milieu des années 1980 ? Comme cela a déjà été mentionné, l'une des principales causes ont été les politiques budgétaires mises en place pour combattre le déficit public. La santé n'y a pas échappé. D'ailleurs, c'est l'un des secteurs qui a contribué au combat contre l'expansion du déficit public, sauf en Belgique, en Espagne et en Italie.

TABLEAU N° 3

LES DÉPENSES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB

	1974	1980	1987	1988	1989	1990	% 74-90	% 87-90
Allemagne	6,3	6,2	6,3	6,5	5,9	6,3	0	0
Belgique	3,8	5,4	5,5	6,2	6,1	6,1	60,5	10,9
Danemark	5,8	5,8	5,2	5,5	5,4	5,2	-10,3	0
Espagne	**3,1**	**4,4**	**4,3**	**4,7**	**4,9**	**5,2**	**67,7**	**20,7**
France	4,8	6,2	6,7	6,4	6,6	6,6	37,5	-1,5
Grèce	2,4	3,5	4,0	4,2	4,0	4,0	66,7	0
Hollande	5,4	6,5	6,6	6,0	5,8	5,6	3,7	-15,2
Irlande	6,0	7,8	6,4	6,4	6,1	5,8	-3,3	-9,4
Italie	5,2	5,6	5,4	5,9	5,9	5,9	13,5	8,5
Luxembourg	5,2	6,3	6,9	6,7	6,8	6,5	25,0	-5,8
Portugal	2,9	4,2	3,9	4,1	4,1	4,0	37,9	2,6
Royaume-Uni	4,7	5,2	5,3	4,9	5,0	5,2	10,6	-1,8
UE	**4,6**	**5,6**	**5,5**	**5,6**	**5,5**	**5,5**	**19,6**	**0**

Source : OCDE (1978, 1989 et 1991) et élaboration personnelle.

Si nous ajoutons à ceci que les dépenses dans les secteurs de la garantie de ressources ou de la Sécurité Sociale (González Temprano, 1994b) et de l'éducation (González Temprano, 1993) se sont également vu affectées par ces politiques budgétaires restrictives, nous sommes à même d'affirmer que le ralentissement de l'augmentation des dépenses sociales a été l'un des instruments employés pour le contrôle des dépenses publiques globales. Cela n'est pas surprenant si l'on se souvient de la «crise de solidarité» qui s'empare des sociétés développées et des nouvelles prises de position envers le secteur public, et le fait que les dépenses sociales représentent plus de la moitié des dépenses publiques ne suffit pas à invalider une telle affirmation.

En définitive, le contrôle des dépenses sociales mis en place au milieu des années 1980 a essayé de réduire la pression qu'elles exerçaient sur les dépenses publiques globales depuis la fin de la Deuxième Guerre Mondiale. Pour la première fois, la croissance économique a été mise à profit pour ralentir l'augmentation des dépenses sociales, et non pour la développer encore (González Temprano et Torres Villanueva, 1992). Le problème est que ce système s'est révélé insuffisant pour parvenir à un contrôle des dépenses publiques globales, capable de réduire de manière significative le déficit public. D'où le fait que les autorités continuent de tenter toute une série de réformes tendant à ralentir encore plus l'augmentation des dépenses sociales.

En ce qui concerne l'évolution des dépenses publiques de l'Espagne pour le secteur de la santé, nous allons les analyser plus minutieusement. Nous commencerons par examiner les changements qui ont eu lieu dans le système de santé public et qui ont affecté ladite évolution.

LE CADRE INSTITUTIONNEL ESPAGNOL

La Constitution de 1978 reconnaît, par son Article 43, «le droit à la protection de la santé» à tous les Espagnols, échéant aux pouvoirs publics «d'organiser et de protéger la santé publique au moyen de mesures préventives et des prestations et services nécessaires. La Loi établira les droits et devoirs de tous à cet égard». En outre, dans son Article 148.1.21, elle signale que la santé et l'hygiène pourront relever de la compétence des Communautés Autonomes. D'un autre côté, dans l'Article 149.1.16 il apparaît que l'État a compétence exclusive en matière de «santé extérieure. Bases et coordination générale de la santé. Législation concernant les produits pharmaceutiques». Finalement, l'Article 149.1.17 fait état de la compétence exclusive de l'État en matière de «législation de base et régime économique de la Sécurité Sociale, sans préjudice pour ses services à l'attention des Communautés Autonomes».

Dans le cadre de ces préceptes constitutionnels, a été édictée le 25 avril 1986 la Loi Générale sur la Santé, qui transforme le schéma sanitaire de la Sécurité Sociale (créé par la Loi de Bases de 1963) en un système national de santé (que nous appellerons dorénavant SNS). Celui-ci se présente comme l'ensemble des Services de Santé des Administrations Centrale et Autonome, et vise l'extension progressive à toute la population de l'assistance sanitaire ; le financement est public et la provision est presque entièrement publique également, après concertation, le reste étant d'origine privée. C'est-à-dire que l'on cherche à ce que tout citoyen, par sa qualité de citoyen, ait accès à la santé publique, en établissant ainsi «le droit social» au sanitaire, selon les termes de Dahrendorff.

Le financement du SNS dépend, dans une large mesure, des cotisations du Système de Sécurité Sociale et, plus accessoirement, des Budgets Généraux de l'État (deux tiers du total). Un peu moins de 30% est financé par les cotisations de la Sécurité Sociale. La troisième source est appelée «autres revenus», et son apport est absolument dérisoire.

Ce changement a eu diverses conséquences (González Temprano, 1994c). L'une d'elles est que les cotisations de la Sécurité Sociale financent une part encore plus petite des dépenses liquidées, du fait que les persistants écarts budgétaires sont financés à l'aide des Budgets Généraux de l'État. Une autre est qu'il n'est pas possible pour le citoyen de connaître quelle part de ses impôts est affectée à la santé. La troisième conséquence est que le contrôle administratif ne revient plus à la Sécurité Sociale mais dépend, dans une large mesure, du Ministère de l'Économie et des Finances, faisant ainsi prévaloir les critères économiques sur les critères sanitaires. Enfin, il place le système de financement de la santé

publique espagnole dans une position intermédiaire, entre les deux grands systèmes de financement dominants dans l'UE : le Service National de Santé, majoritairement financé par les charges fiscales, et celui de Sécurité Sociale, dont les ressources dépendent, en grande partie, des cotisations liées au travail.

LES CAUSES D'UNE POLITIQUE HÉTÉRODOXE

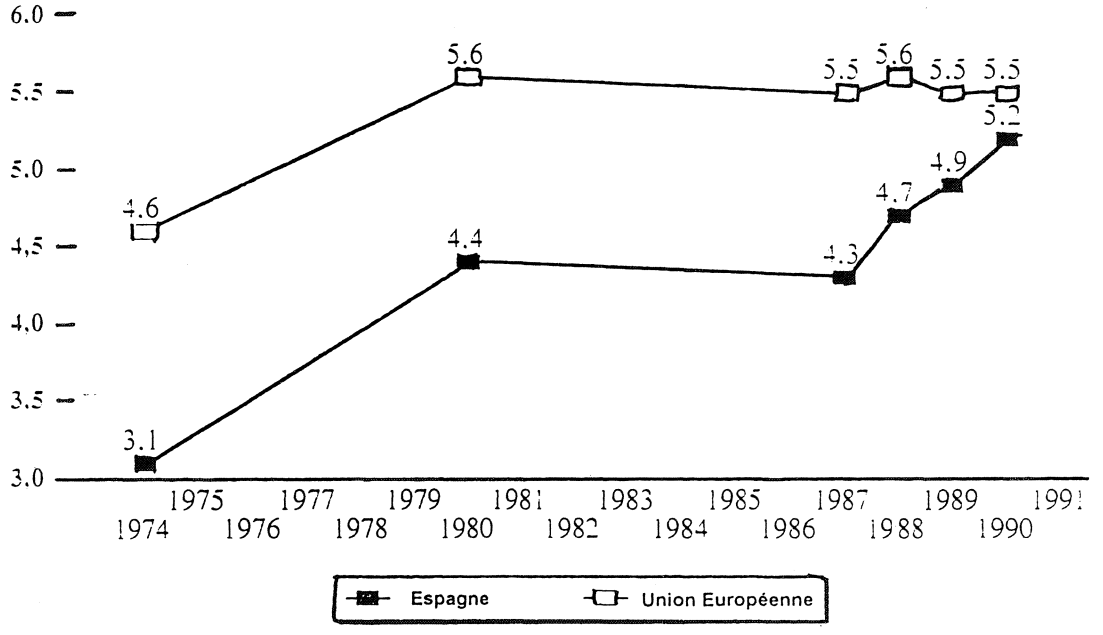
Si l'on se penche sur l'analyse des grandes lignes de dépenses publiques espagnoles en matière de santé, en termes de pourcentage du PIB, il convient de noter, en premier lieu, son augmentation prononcée entre 1974 et 1990, qui est de 67,7%. Les dépenses espagnoles ont augmenté bien au-delà de la moyenne européenne *(voir Graphique n° 1 : Les dépenses publiques pour le secteur sanitaire en Espagne et dans l'UE - En termes de pourcentage du PIB -)* et de n'importe quel autre pays (Tableau n° 3).

de souligner que les dépenses publiques espagnoles font partie de celles qui ont le plus augmenté; elles ne sont dépassées que par celles de la Belgique, de la Grèce et du Portugal.

La seconde période couvre les années comprises entre 1980 et 1990. Pendant cette durée, les dépenses de santé publiques espagnoles ont continué à augmenter, mais à un rythme bien inférieur à celui de la période précédente : 18,2%. Une autre particularité est que l'accroissement a eu lieu à partir de 1988; jusqu'alors, les dépenses de santé publiques avaient augmenté de façon parallèle au PIB. Ceci suppose que les dépenses espagnoles se sont écartées du chemin suivi par presque tous les pays durant la seconde moitié des années 1980 : croissance inférieure à/ou à l'unisson avec le PIB.

Les causes de cet accroissement n'ont pas exactement été le bon état des comptes des Administrations Publiques Espagnoles (leur

Graphique N°1



Source : OCDE, 1989 et 1991. Elaboration personnelle.

Cette étape, qui s'étend de 1974 jusqu'au début des années 1990, laisse clairement voir deux périodes. La première va de 1974 à 1980, et connaît une augmentation des dépenses de 41,9%. Il est certain que la majorité des pays de l'UE a également connu une très forte expansion pendant ces années (la moyenne de l'UE a augmenté de 21,7%), mais il convient

déficit dans la seconde moitié des années 1980 dépassait largement celui des pays qui avaient choisi de laisser les dépenses publiques de santé augmenter moins que ou à l'unisson avec le PIB). Il faut chercher la raison de cet accroissement dans la Loi Générale sur la Santé de 1986, dans la réforme du système financier de 1989 et dans le transfert de compétences de

l'Administration centrale vers les Communautés Autonomes. Ces trois facteurs ont contribué à ce que les dépenses publiques de santé continuent d'augmenter au-delà du PIB et à ce qu'elles favorisent l'expansion du déficit public, et non son maintien, comme cela était le cas dans les autres pays de l'UE.

La contribution de la Loi Générale sur la Santé à l'expansion des dépenses sanitaires s'est concrétisée par l'extension des prestations, l'égalité des salaires, l'intégration des hôpitaux des Corporations Locales, mais surtout par l'élargissement de la couverture. Si, en 1986, la couverture de l'assistance sanitaire de la Sécurité Sociale s'étendait à 36.973.753 personnes, quatre années plus tard, ce chiffre était passé à 39.656.182[1].

Le fait que les Budgets Généraux de l'État aient assumé depuis 1989 la majeure partie du financement de la santé publique ainsi que les écarts budgétaires qui pouvaient se produire, a favorisé non seulement l'expansion des dépenses budgétaires, mais aussi ses persistants écarts[2]. Ceci a eu pour conséquence que les cotisations de la Sécurité Sociale financent réellement un quart environ des dépenses liquidées, et qu'environ 13% seulement desdites cotisations soient destinés à financer la santé publique. Cette faible participation des cotisations de la Sécurité Sociale pour le financement réduisait sensiblement les effets que l'expansion des dépenses de santé pouvait avoir sur elle. La Commission d'Analyse et d'Évaluation du Système National de Santé (1991) l'a exprimé en ces termes : «La possible dissuasion des bénéficiaires du SNS, face à une augmentation des cotisations de la Sécurité Sociale, se trouverait palliée par la faiblesse des pourcentages du support budgétaire de celle-ci et par le taux légal de participation des travailleurs».

A propos de ce point en particulier, il faut garder à l'esprit que, tandis que le système de financement à la charge de la Sécurité Sociale a ceci de particulier que le moindre écart de dépenses provoque l'augmentation immédiate des cotisations des travailleurs et des entreprises, ce qui tend à favoriser le contrôle des dépenses, pour le système du Service National de Santé, la responsabilité du financement est plus partagée.

LA DÉCENTRALISATION DES DÉPENSES ET SES EFFETS SUR L'EXPANSION

Le troisième facteur qui a favorisé l'expansion des dépenses publiques en matière de santé a été le transfert de compétences de l'Administration Centrale à l'Administration Autonome. La Constitution espagnole, à son Titre numéro VIII, établit l'Administration Autonome. Ce que l'on appelle maintenant l'Espagne des Autonomies a fait son apparition, remplaçant ainsi une Administration hautement centralisée par une Administration quasi fédérale. Dans le secteur sanitaire, ceci implique le transfert de compétences d'une série de services et de prestations que l'on peut regrouper de la manière suivante : a) santé intérieure et hygiène ; b) aménagement et établissements pharmaceutiques ; c) produits pharmaceutiques ; et d) institutions, services sanitaires et coordination des hôpitaux.

Ce transfert de compétences s'est développé à partir de 1981, avec le transfert d'INSALUD en Catalogne. Entre 1981 et 1992, les compétences de cet organisme ont été transférées au Pays Basque, à la Galice, à l'Andalousie, aux Canaries, à la Communauté de Valence et à la Navarre. Le niveau de compétences atteint par les Communautés autonomes (que nous appellerons CCAA, à partir de maintenant) en décembre 1992 est assez élevé, de sorte que l'on peut affirmer que la décentralisation de la santé publique espagnole est aussi rapide qu'étendue.

Le transfert de compétences des services de santé aux CCAA s'accompagne du transfert correspondant de ressources financières nécessaires à leur gestion. Selon la Loi Générale sur la Santé, le volume de ressources transférées est établi en fonction de la population de chaque Communauté Autonome par rapport à la population totale de l'Espagne.

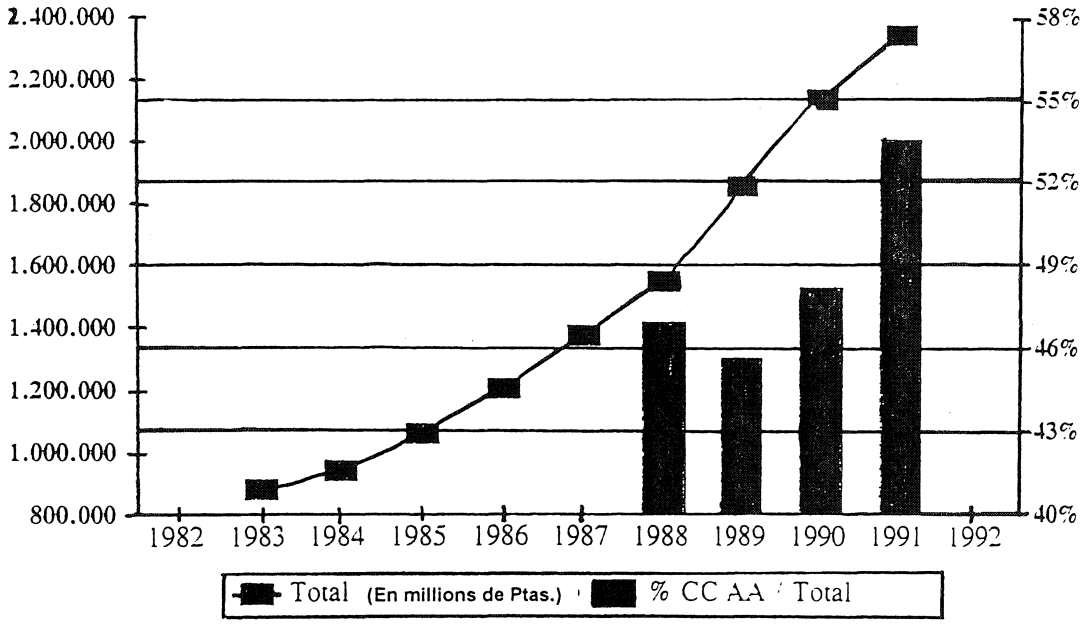
La décentralisation des dépenses publiques pour le secteur de la santé commence en 1981, mais comme le montre le Graphique n° 2 *(dépenses en matière d'assistance sanitaire du système de sécurité sociale - en millions de pesetas -)*, ce n'est qu'en 1988 que ce transfert

---

[1] Source : Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, Bulletin d'Informations de la Sécurité Sociale.

[2] L'écart de l'INSALUD (il s'agit du principal organisme affecté à la gestion de la santé publique) entre 1986 et 1990 a été estimé à 11,98% par rapport à son budget.

Graphique N°2



Source : Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale. Elaboration personnelle.

entre dans les statistiques. Depuis lors, les dépenses de la Sécurité Sociale pour l'assistance sanitaire gérées par les CCAA, sont passées de 46,93% du total des dépenses en 1988 à 53,56% en 1991. Étant donné que le processus de transferts n'est pas près d'être terminé, on peut affirmer que dans un futur proche, les dépenses publiques de l'Espagne pour le secteur de la santé auront un caractère fortement économique.

Pourquoi la décentralisation des dépenses sanitaires contribue-t-elle à son expansion ? La réponse est très simple : dans le secteur de la santé, tout comme dans les autres secteurs, les autorités autonomes espagnoles ont tendance à dépenser au-delà des recettes. Ceci a eu pour conséquence un endettement généralisé des CCAA, quel que soit le parti au pouvoir, accompagné de répercussions directes sur le déficit public total de l'Administration Publique espagnole. Il est certain que dans le cas de la santé, cette tendance à la dépense est associée à des carences historiques et à des fins électorales, de même que dans l'Administration Centrale. Mais, de plus, c'est une réaction face à un fait précis, à savoir : la décentralisation du Ministère des Finances espagnol a affecté les dépenses, et non les revenus, ce qui signifie que les CCAA se voient exemptées de la responsabilité de la perception. Si tel n'était pas le cas, on peut penser que le contrôle des dépenses aurait été poussé à l'extrême.

QUELQUES RÉFLEXIONS

L'une des questions que suggère l'évolution des dépenses publiques espagnoles dans le secteur de la santé durant la seconde moitié des années 1980 est : pourquoi les autorités ont-elles choisi de maintenir son expansion à un niveau supérieur à celui du PIB quand le solde des comptes publics était déjà préoccupant et quand le reste des politiques budgétaires de l'UE tendaient vers le contrôle du déficit public grâce au maintien des dépenses ?

Ce comportement hétérodoxe des autorités espagnoles est principalement une réponse à trois facteurs. En premier lieu, il existait en 1986 des carences sanitaires objectives. En deuxième lieu, si celles-ci ont été couvertes en grande partie par le moyen du secteur public, ce fut parce que tant le parti au pouvoir que la majorité des citoyens considéraient alors que le meilleur moyen d'y parvenir était le recours à l'intervention publique. Finalement, cette pression sociale favorable à ce que ce soit le secteur public qui se vit chargé de couvrir ces vides, avait une finalité électorale.

A l'époque, la société espagnole, n'avait aucun doute sur la nécessité de construire un État social sur le modèle d'autres pays européens. Il fallut attendre les années 1990 pour que experts, hauts fonctionnaires et partis défenseurs du libéralisme, poussés par les effets de la crise économique qui a éclaté en 1992, se

mettent à modifier leurs attitudes envers le secteur public et, par conséquent, commencent à mettre en question l'augmentation incessante des dépenses de l'Administration Publique. Dès lors, l'idée des «erreurs de l'État» commence à s'imposer.

Un autre aspect qu'il faut prendre en compte est que l'énorme effort financier fourni par la société espagnole pour se doter d'une meilleure santé publique s'est avéré insuffisant pour garantir la qualité de ses services et prestations (selon l'«Enquête Blendon», 57% de la population espagnole estime que l'assistance sanitaire privée est meilleure que la publique, et 33% seulement considère qu'elle est de même niveau). La cause de cet état de choses réside dans le fait que l'augmentation des dépenses dérivée de l'application de la Loi Générale sur la Santé (qui a impliqué le renforcement de l'efficience) a été supérieure à celle des ressources disponibles. Dans ces conditions, on n'a pu éviter que le secteur de la santé en Espagne s'engage dans une étape de crise et de réorganisation.

La reconnaissance institutionnelle de la crise du SNS et la nécessité de procéder à sa réorganisation ont abouti à la décision adoptée par l'Assemblée Plénière du Congrès des Députés au cours de sa réunion du 19 février 1990, le Gouvernement ayant insisté pour que soit constituée «une Commission pour la révision du Système National de Santé et les tendances de son environnement à l'heure actuelle et face à l'avenir». «Les tensions économiques croissantes dérivées de l'augmentation continue des dépenses de santé, des profondes mutations d'ordre démographique, des nouvelles attitudes sociales et de la pression incessante due à l'accélération du progrès technico-médical, exigent la révision et la transformation des systèmes d'assistance sanitaire actuels dans le monde entier» : tels sont les motifs allégués par le Projet de Loi. La santé publique espagnole, tout comme celle d'autres pays, n'aurait donc plus d'autre choix que d'augmenter les dépenses et/ou réduire certaines prestations. L'augmentation des dépenses requise pour assurer ces défis sanitaires (malgré les succès que lui permet son efficience), les difficultés budgétaires que ceci implique et les changements d'attitude envers ce qui est public, ne sont que quelques-unes des raisons de penser, qu'énoncent quelques uns, que la crise du système public de santé peut être enrayée avec la réduction de certaines prestations.

Les diverses réformes de santé mises en service dans l'UE depuis la fin de la dernière décennie visent cet objectif. L'Espagne est confrontée à une situation similaire, comme le prouvent le décret de financement sélectif des médicaments[3] et l'élaboration d'un catalogue des prestations assumées par la Sécurité Sociale, adoptées récemment.

RÉFÉRENCES

Abel-Smith, B., (1967), *An International Study of Health Expenditure*, OMS, Genève.

Barea Tejeiro, J. et autres (1992), *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a largo plazo*, Institut d'Etudes Fiscales, Madrid.

Baumol, W.J. y Wolff, E.N. (1989), «Three fundamental productivity concepts : Principles and measurements», in G. Feiwell (ed.) : *Joan Robinson and modern economic theory*, MacMillan, Londres.

Commission d'Analyse et d'Évaluation du Système National de Santé (1991), *Informe y Recomendaciones*, p. 42 et 43, Madrid.

Fuchs, V. (1990), «The Health Sector's Share of the Gross National Product». *Science* ; 247, 534-538.

González Temprano, A. (1993), «Ajustes en el mercado de trabajo, estructura educativa y gasto público en la Comunidad europea», *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 2, pp. 111-130.

[3] En 1991, les dépenses de pharmacie ont représenté 19,9% du total des dépenses d'assitance sanitaire de la Sécurité Sociale, ce qui prouve son importance.

González Temprano, A (1994a), «El gasto de la Unión Europea en asistencia sanitaria. Su evolución más reciente», *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, n° 10, pp. 195-208.

González Temprano, A (1994b), «El gasto público en los países comunitarios en garantía de recursos y en políticas de creación de empleo», *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, n° 10, pp. 93-116.

González Temprano, A (1994c), «El gasto público en sanidad en España. Una aproximación a las transformaciones recientes», VV.AA., *La crisis del Estado del Bienestar*, Association Galicienne d'Etudes Economiques du Secteur Public, pp. 417-452, Santiago de Compostela.

González Temprano, A et Torres Villanueva, E. (1992), *El Estado del Bienestar en todos los países de la OCDE*, Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, Madrid.

Kleiman, E., (1974), «The determinants of national outlay on health», in Perlam, M., (dir. Publ.), *The Economics of Health and Health Care*, MacMillan, Londres.

Ministère du Travail et de la Sécurite Sociale (plusieurs années), Boletín Informativo de la Seguridad Social, Madrid.

Newhousse, J.P. (1977), «Medical care expenditure : a cross-national survey», *Journal of Human Resources*, Vol. 12, pp. 115-125.

OCDE (1978), Evolution des dépenses sociales, Paris.

OCDE (1989), Health Data File, Paris.

OCDE (1991), Health Data File, Paris.

OCDE (1993), ECO-SANTE, Paris.

OCDE (1994a), La santé, qualité et choix, Paris.

OCDE (1994b), La réforme des systèmes de santé, Paris.

Reindhart, U.E. (1989), «Health care spending and American cometitives», *Health Affaires*, Hiver, pp. 5-21.

Van den Ven, W.P.M. (1991), *Los sistemas de asistencia médica bajo la lupa : Reformas necesarias en los países industrializados*. Colloque tripartite sur l'avenir de la sécurité sociale dans les pays industrialisés, Genève, Bureau International du Travail.