

# La dynamique des dépenses de santé

*Déterminants et financement*

Brigitte Dormont

Université Paris Dauphine

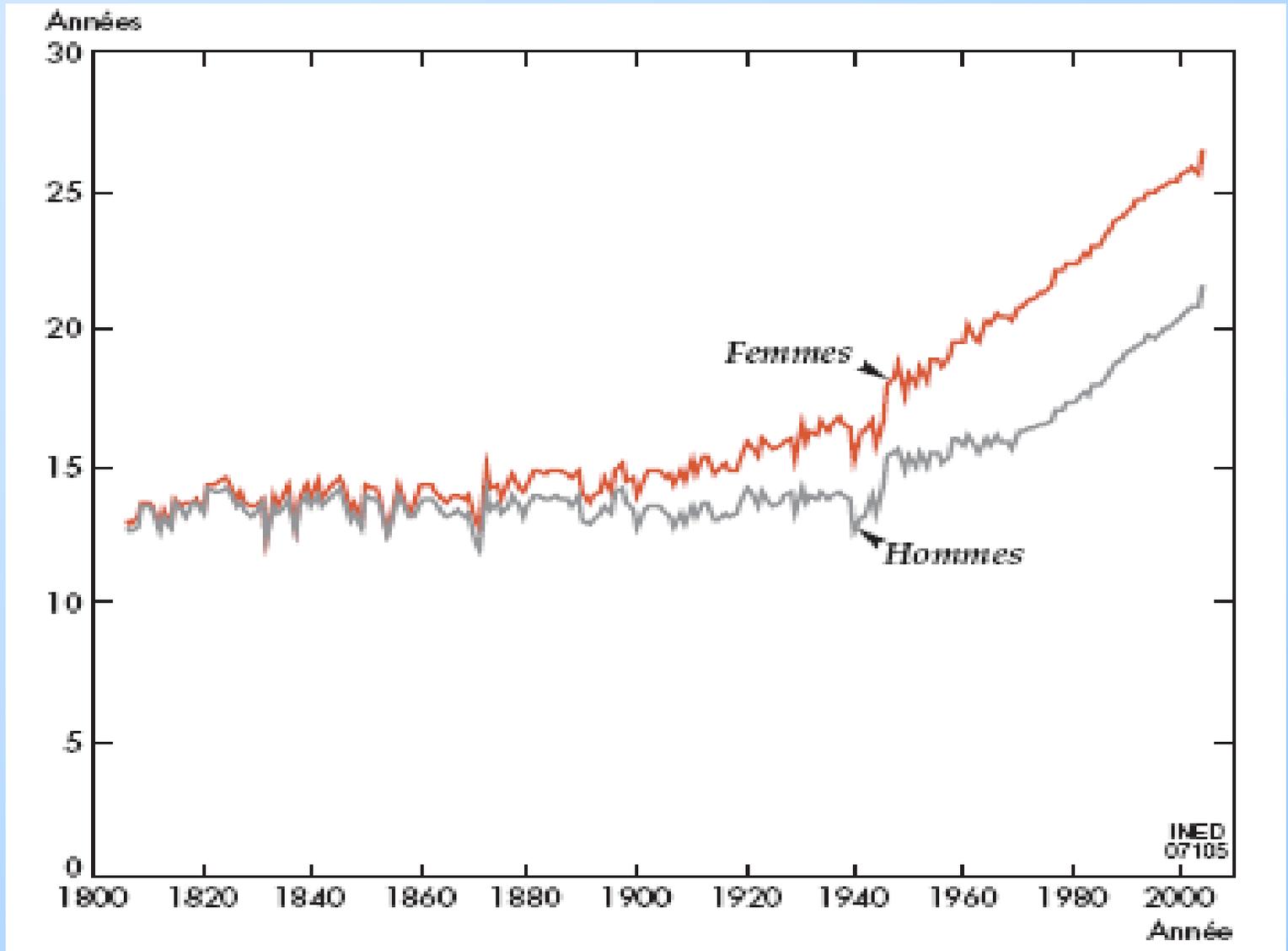
Chaire Santé de la Fondation du Risque

*CAS – 7 avril 2010*

# L'augmentation de la longévité

- Les conditions de la vie humaine ont été profondément modifiées par l'augmentation de l'espérance de vie
- En France : 25 ans en 1750 → plus de 80 ans début des années 2000
- Aux 18ème et 19ème siècles les progrès reposent sur la baisse de la mortalité infantile
- Les décennies récentes sont marquées par des avancées dans la lutte contre la mortalité aux âges élevés

# Espérance de vie à 60 ans 1806-2004



# Dans les dernières décennies

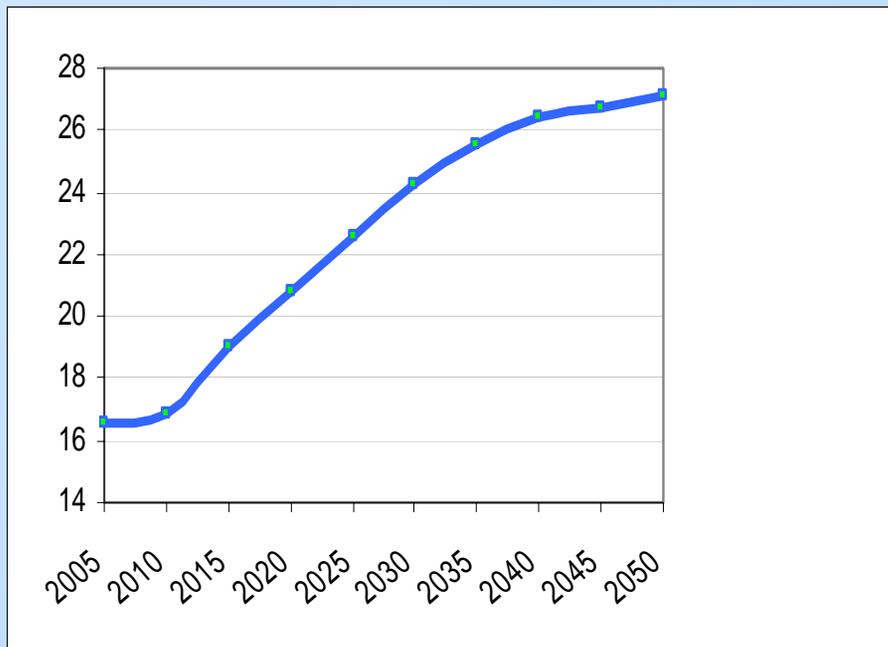
- L'espérance de vie s'est accrue grâce aux progrès obtenus dans la mortalité des personnes âgées
- Accroissement de la longévité
- Augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population
- « Vieillissement de la population »

# Le vieillissement peut-il submerger nos systèmes de santé ?

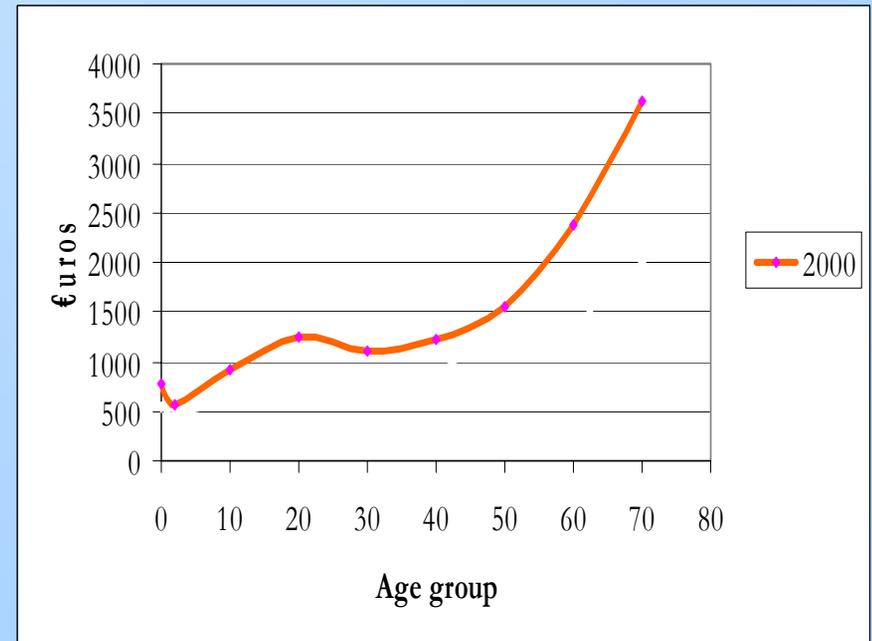
- Les estimations sur données macro économiques ne montrent pas d'influence de l'âge sur la croissance des dépenses de santé
- Variation des dépenses de santé dans le PIB pour EU15 :  
7.7 % → 12.8 % entre 2005 et 2050  
soit + 5.1 points, dont 0.6 seulement pour les changements démographiques
- Il faut tenir compte des ordres de grandeurs : le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur

# Une illustration pour comprendre les mécanismes en jeu

## Raisonnement standard

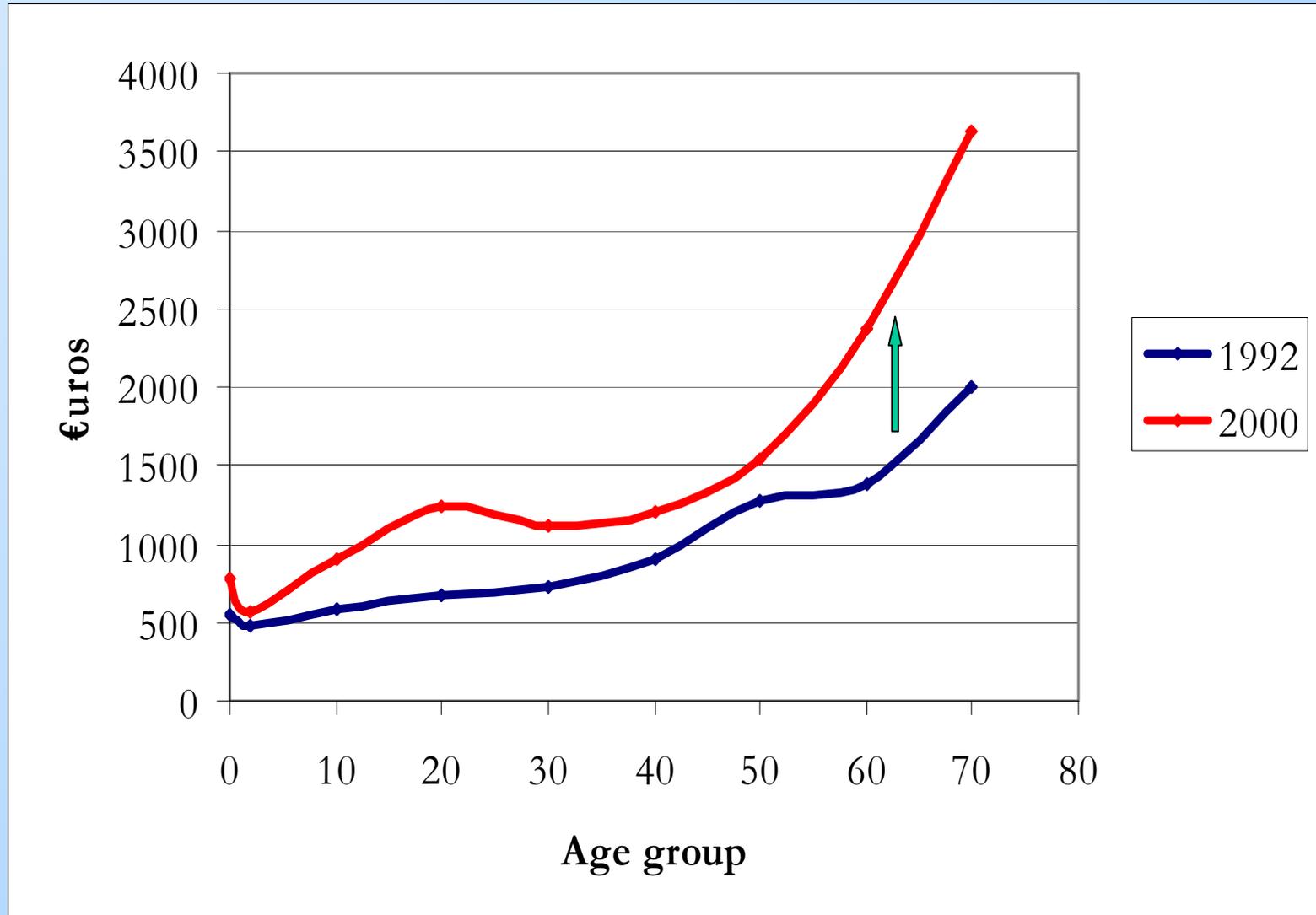


Vieillessement  
2005-2050



Dépenses de santé par âge  
En 2000

# La principale source de croissance des dépenses de santé au niveau macro



# Questions abordées

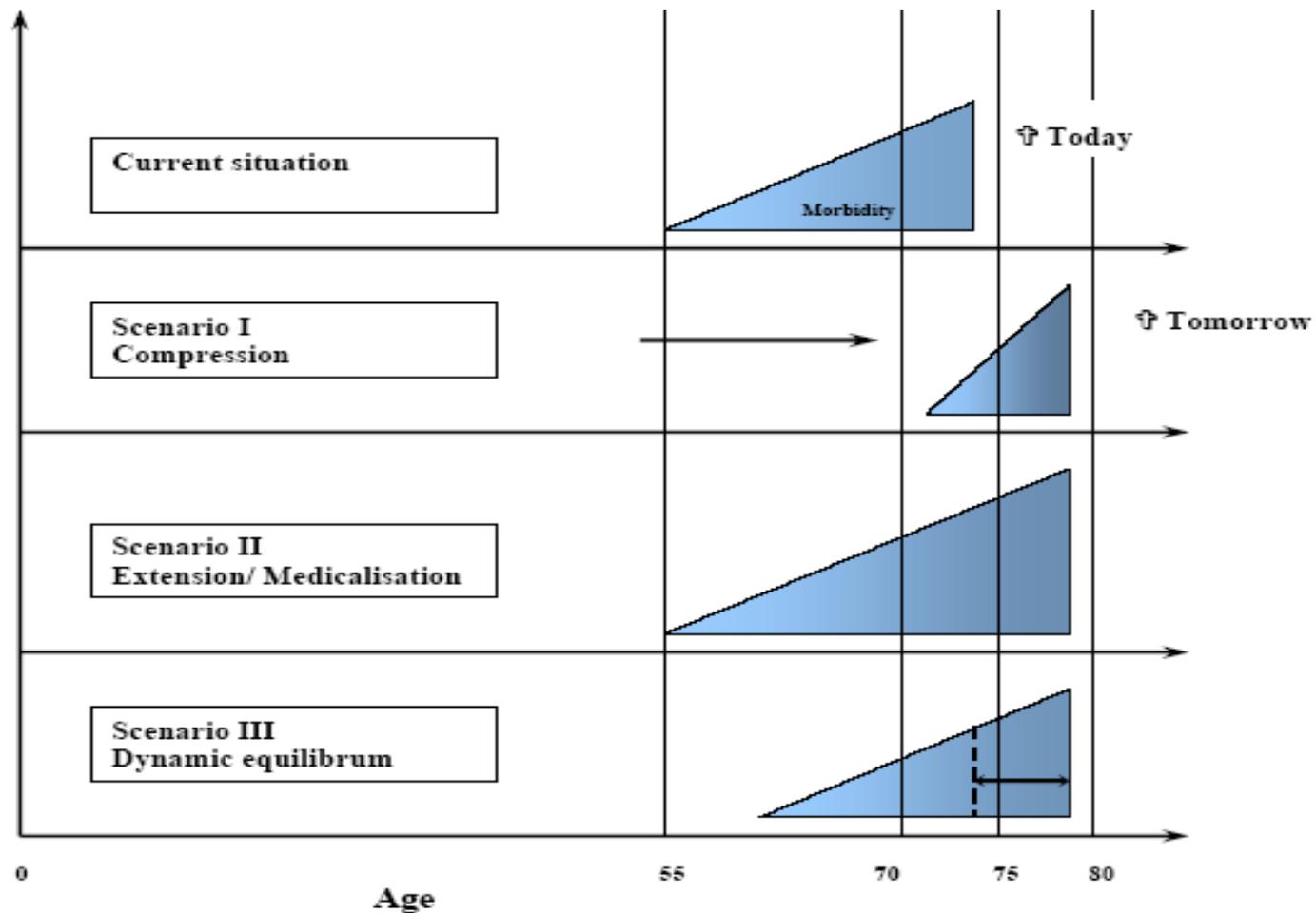
- 1. La dynamique de la relation âge - santé**
- 2. La dynamique du progrès technique médical**
- 3. La croissance des dépenses de santé est elle souhaitable ?**
- 4. Comment financer ?**

-1-

## Dynamique de la relation âge-santé

- C'est la morbidité et non l'âge en soi qui explique le profil des dépenses
- Polysémie du mot « vieillissement »:
  - Augmentation du nombre d'années vécues, âge « nominal »
  - Usure de la personne, i.e. sénescence
- Les progrès médicaux diffèrent l'apparition des maladies → découplage du vieillissement et de la sénescence
- Il est essentiel de distinguer âge nominal et progression de la morbidité

# Quelle évolution pour la morbidité dans le futur ?

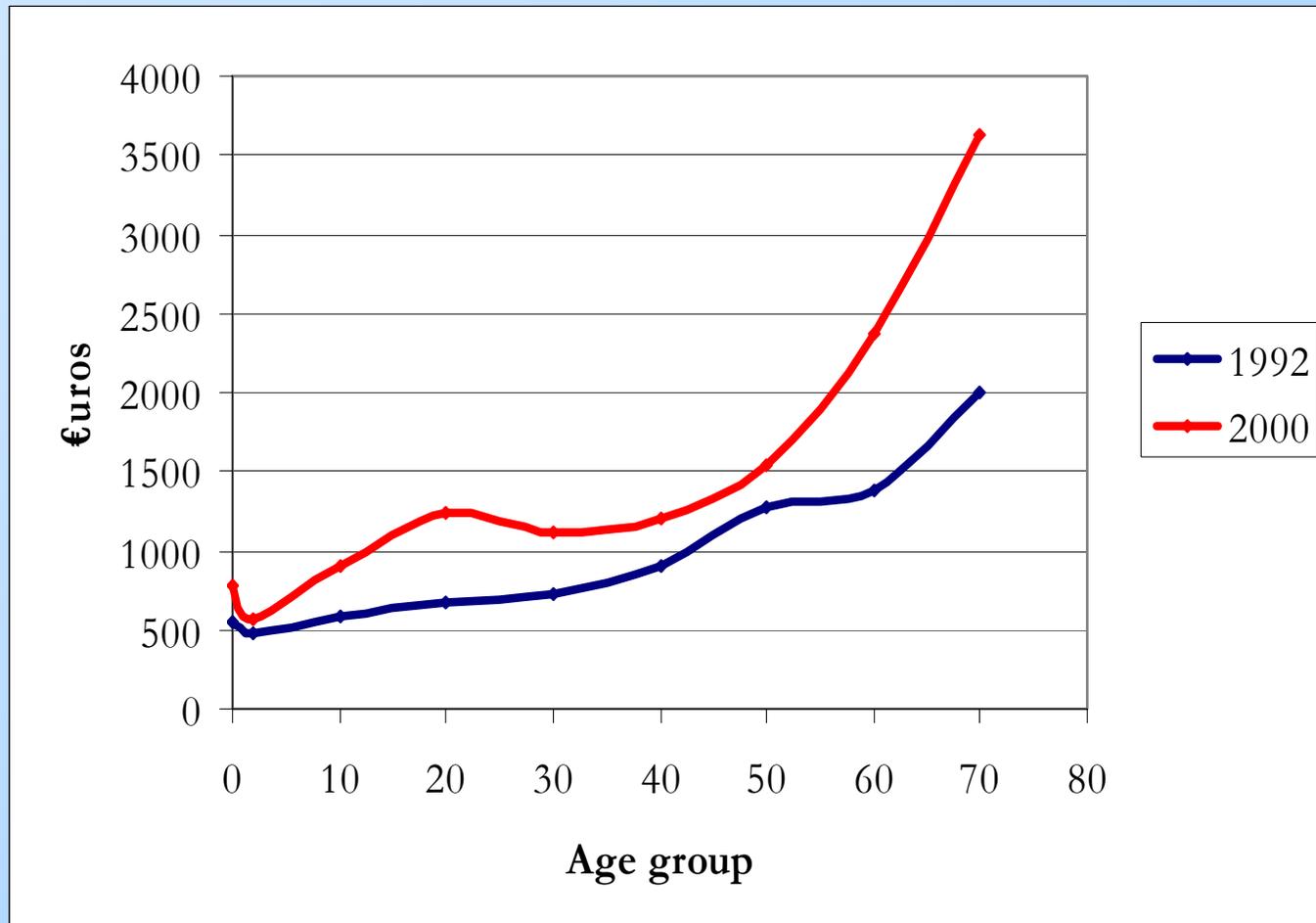


# Évolution récente de la morbidité

- Robert Fogel (2003) sur 45'000 vétérans de l'armée US : l'âge d'apparition des maladies chroniques a augmenté de 10 ans cependant que l'espérance de vie augmentait de 6.6 ans (sur les 80 dernières années)
- Résultat transversal aux différents pays : augmentation de l'espérance de vie sans incapacité sévère (Michel et Robine, 2004)
- En faveur d'un optimisme modéré

-2-

# La dynamique du progrès technique médical



# Analyse rétrospective pour la France

- Analyse rétrospective 1992-2000  
(Dormont-Grignon-Huber, 2006)
- Échantillons d'assurés sociaux français observés en 1992 et 2000
- Information individuelle détaillée sur les maladies chroniques
- Méthodes de microsimulation pour évaluer les composantes du déplacement vers le haut du profil des dépenses

# Décomposition de l'évolution des dépenses de santé 1992-2000

Variation 1992-2000 (%)	54
Dont changements démographiques	+ 6
évolution de la structure par âge	3
évolution de la taille de la population	3
Dont changements dus à l'évolution de la morbidité	- 10
Dont changements de pratiques à morbidité donnée :	+ 58

- Le vieillissement n'explique qu'une faible part de la progression des dépenses de soins
- L'évolution de la morbidité a un effet négatif sur la progression des dépenses
- Cet effet négatif est suffisant pour annuler l'impact du vieillissement
- Les changements de pratiques expliquent l'essentiel de la progression des dépenses

# La dynamique du progrès médical

- Conception traditionnelle du progrès technique : source de gains de productivité. Pourquoi serait-il responsable de la hausse des coûts ?
- Deux mécanismes
  - Substitution : gain d'efficacité
  - Diffusion : utilisation croissante de l'innovation
- La croissance des coûts résulte exclusivement de la diffusion des innovations (Cutler & McClellan, 1996)
  - Exemple : traitement de la crise cardiaque avec le Pontage et l'Angioplastie
  - Autres exemples : chirurgie de la cataracte, prothèse de la hanche...

# Intégration du progrès technique dans les prévisions macroéconomiques

- Hypothèse de croissance des dépenses de santé supérieure de 1 ou 2 points à celle du revenu
- Variation des dépenses de santé dans le PIB pour EU15 entre 2005 et 2050
  - Si rythme différentiel = 1 point: 7.7 % → 12.8 % soit + 5.1 points
  - Si rythme différentiel = 2 points: 7.7 % → 19.7 % soit + 12 points

# Cette croissance est-elle soutenable ?

- Cutler (2003) : dans toutes les hypothèses, on prévoit une croissance positive de la consommation des ménages hors santé (OCDE)
- Pour la période 2000-2050 :
  - Si rythme différentiel = 1 point, la consommation hors santé croîtrait de 150 %
  - Si rythme différentiel = 2 points, la consommation hors santé croîtrait de 100 %
- Que ces dépenses puissent être financées ne signifie pas qu'une telle évolution soit souhaitable

- 3 -

## La croissance des dépenses est-elle souhaitable ?

- Quel est l'impact des soins médicaux sur la longévité et la santé ?
- La valeur des gains en santé et en longévité est-elle supérieure ou égale aux coûts liés aux dépenses ?

# Impact des soins sur la santé

- Beaucoup de difficultés pour identifier l'effet des dépenses de soins sur la santé
- Murphy & Topel (2006) : gains d'espérance de vie aux États-unis seraient de 9 ans entre 1950 et 2000, dont
  - + 3.7 années pour la baisse de la mortalité due aux maladies cardiaques
  - + 1 année pour la baisse de la mortalité due aux AVC
- Les progrès dans les prothèses de la hanche ou du genou ont réduit les handicaps associés aux troubles musculo-squelettiques (Cutler, 2003)
- Résultats récents très convaincants sur données du NHS (Martin *et al.*, 2008)

# La valeur des gains en santé

- On utilise la valeur statistique de la vie.  
Valeur d'une année de vie : par exemple  
100 000 \$ (Cutler, 2004)
- Concept utilisé en économie publique dans  
d'autres domaines : transport,  
environnement
- A l'aide de cet outil, on peut procéder à une  
mesure globale de la valeur des gains en  
santé et en longévité Murphy & Topel  
(2006)

- Résultat spectaculaire : pour les États-unis entre 1970 et 2000, les gains en santé et en longévité correspondent *chaque année* à une valeur équivalente à 32% du PIB !
- La valeur de ces gains est supérieure au coût associé (15% du PIB pour les dépenses de santé aux États-Unis)
- Ceci suggère que les dépenses de santé seraient insuffisantes dans ce pays

# Pour résumer

- Le moteur de la croissance des dépenses de santé n'est pas le vieillissement de la population
- La croissance des dépenses s'explique par la diffusion des innovations médicales: plus de biens sont disponibles et consommés
- La diffusion des nouvelles technologies a entraîné des dépenses additionnelles, mais a aussi créé de la valeur grâce aux gains en longévité et en santé
- Cette valeur dépasse largement le coût des soins
- Dépenser plus pour la santé pourrait répondre aux préférences collectives

- 4 -

## Comment financer ?

- La question du niveau optimal des dépenses se pose à cause du financement socialisé
- En France, couverture moyenne généreuse et relativement stable par la sécurité sociale et l'Etat
- Pour maintenir constant le taux de couverture, il faut des taux de prélèvements obligatoires continuellement croissants
  - 3,8 % du PIB en 1970
  - 6,7 % du PIB en 2008

# Arbitrage à réaliser

- Geler le taux de prélèvements obligatoires dévolus à la santé
  - Organiser le financement du surcroît de dépenses à venir par les organismes complémentaires
- Maintien du taux de couverture
  - Augmentation des prélèvements obligatoires

# Place des complémentaires santé en France

- Couvrent 13,7 % de la totalité des dépenses
  - 20,9 % de l'ambulatoire
- Assurance qui passe par l'employeur ou accès individuel. Dans ce cas :
  - *Facultative*
  - *Prime indépendante du revenu et souvent croissante avec l'âge*
- Au total, financement dégressif
  - 2,9 % pour ménages les plus aisés
  - 8-10 % pour les plus modestes (selon les estimations)
- Renoncement possible à l'ass complémentaire
  - *Peut entraîner un problème d'accès aux soins*

# La régulation actuelle des complémentaires ne permet pas d'éviter les exclusions et inégalités

- Caractère facultatif + concurrence entre les organismes
- Nécessité pour les assureurs (même les mutuelles) de segmenter les contrats et d'ajuster les primes au plus près des dépenses prévues pour l'individu
  - primes élevées pour les personnes âgées
  - Primes indépendantes du revenu
- Dans l'hypothèse d'un élargissement du champ d'intervention des complémentaires (couverture du surcroît de dépenses à venir par exemple)
  - Le renchérissement du coût des contrats peut conduire plus de jeunes à ne pas s'assurer
  - Accélération de la hausse des primes des complémentaires
  - Risque accru de renoncement à l'assurance → on risquerait à terme de s'éloigner du modèle de l'accès pour tous à une bonne couverture et aux soins

- On peut concevoir un accroissement de la part des complémentaire avec une régulation pour garantir la mutualisation des risques à une large échelle
- Modèle de la concurrence régulée
  - Assurance obligatoire
    - *Concernerait la partie des contrats liée aux soins de base (couverture du TM, etc)*
  - Séparer l'activité d'assurance complémentaire de l'activité d'assurance supplémentaire
    - Réflexion nécessaire sur le périmètre du panier des soins de base
  - Interdire la sélection
  - imposer des primes indépendantes des caractéristiques de la personne
  - Installer une compensation des risques
- Resteraient les primes indépendantes du revenu

# Conclusion

- Il faut distinguer
  - Le niveau de croissance des dépenses de santé que nous voulons
  - L'efficacité de la dépense
- Dans les termes de l'économie publique, il faut distinguer efficacité allocative et efficacité productive
- A priori la recherche d'efficacité est un impératif qui vaut pour tout niveau de dépenses

**Merci !**