

LES DÉPENSES DE SANTÉ

Une augmentation salubre ?

Brigitte Dormont

Professeur à l'université Paris Dauphine

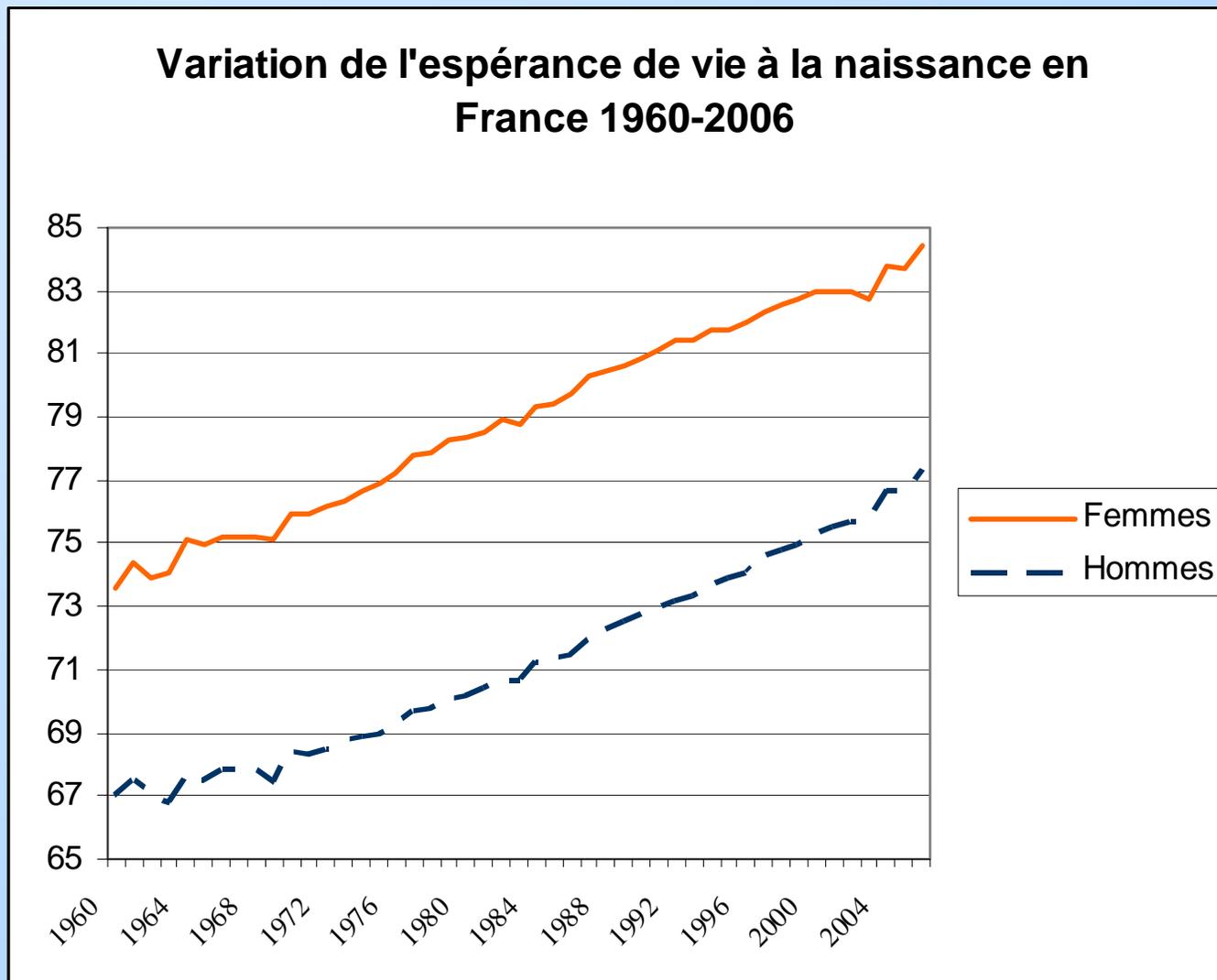
Directrice de la Chaire santé, risque, assurance

Petit déjeuner Chaire Santé - 1er décembre 2009

L'augmentation de la longévité

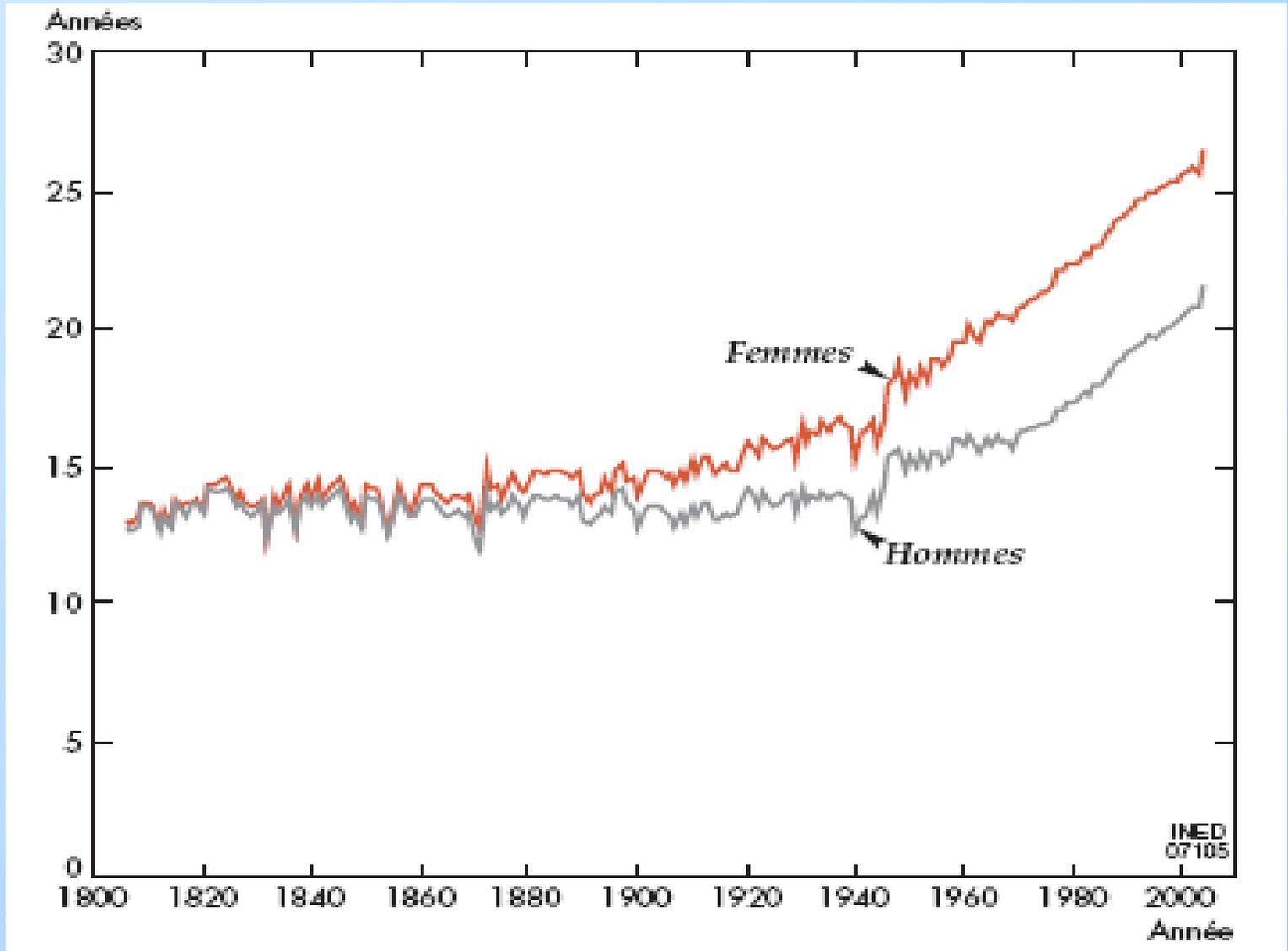
- Les conditions de la vie humaine ont été profondément modifiées par l'augmentation de l'espérance de vie
- L'espérance de vie a plus que triplé depuis le 18ème siècle
- En France : 25 ans en 1750 → plus de 80 ans début des années 2000

Variation de l'espérance de vie à la naissance 1960-2006

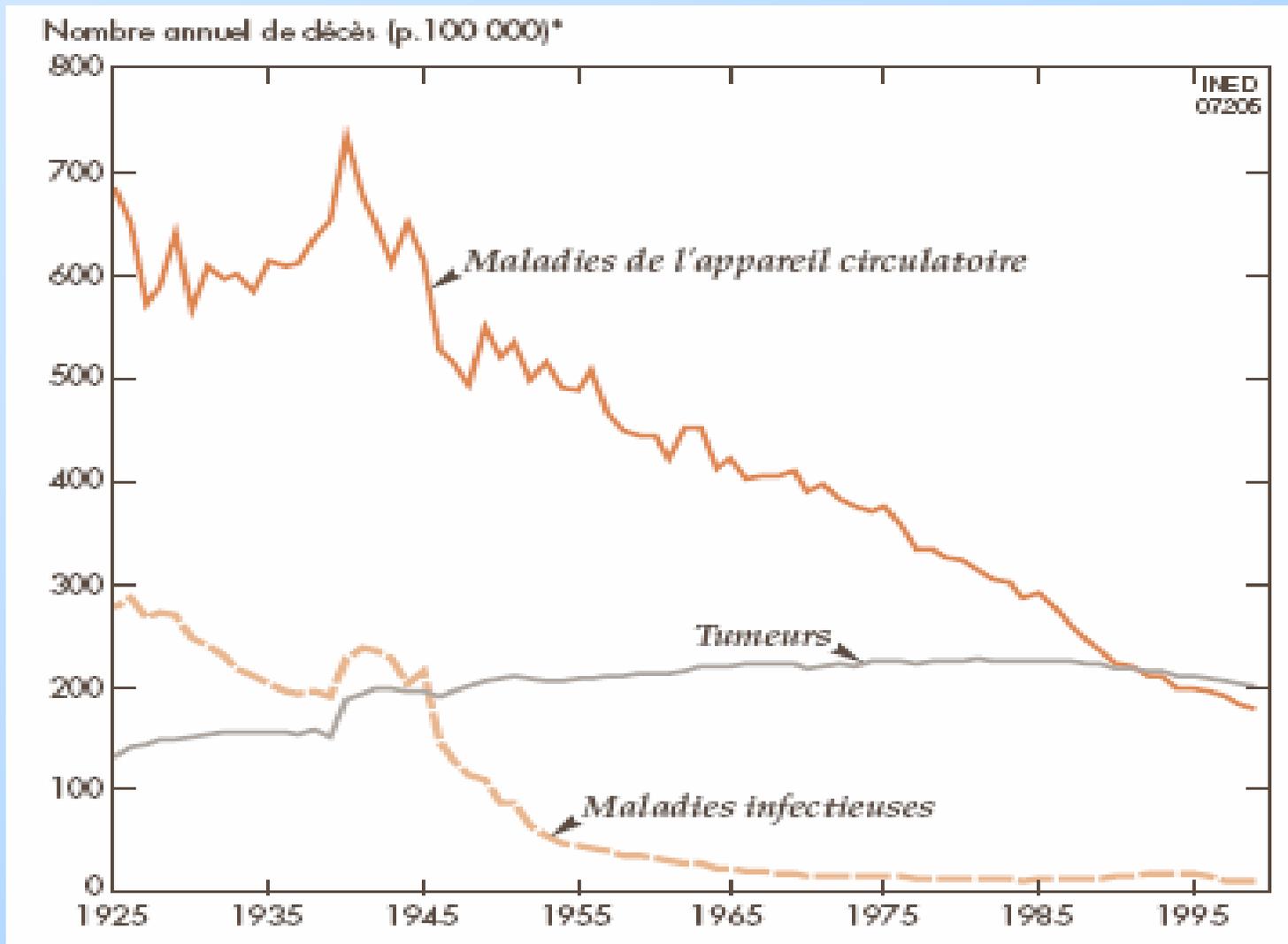


- Aux 18ème et 19ème siècles les progrès reposent sur la baisse de la mortalité infantile
- Les décennies récentes sont marquées par des avancées dans la lutte contre la mortalité aux âges élevés

Espérance de vie à 60 ans 1806-2004



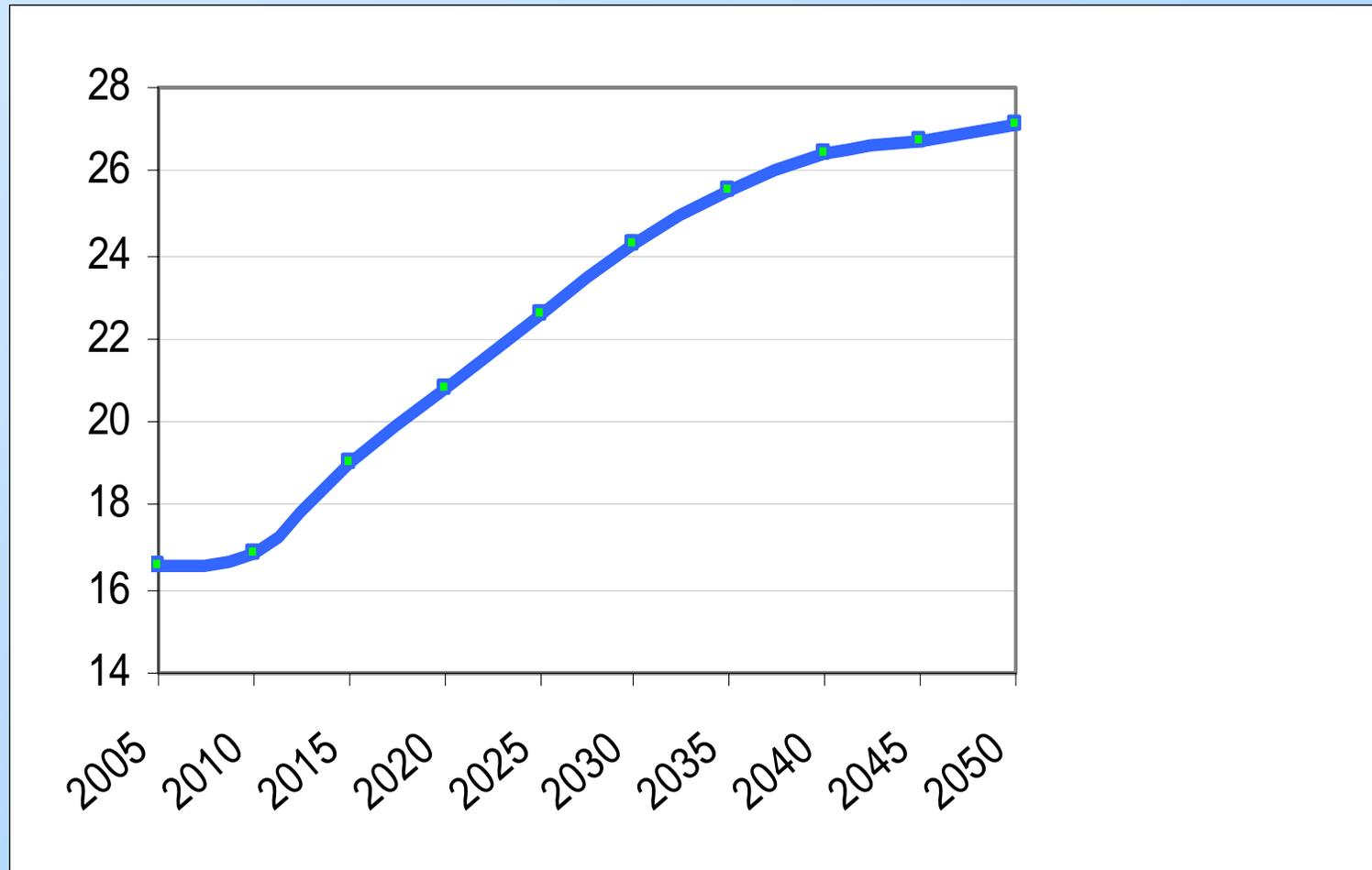
Mortalité par cause de décès en France de 1925 à 1999



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
- Changement de structure appelé :
« vieillissement de la population »

Proportion des 65 ans et plus dans la population française à l'horizon 2050



Part des dépenses de santé dans le PIB 1960-2006

Pays	1960	2006	Variation
France	3,8	11,1	+ 7,3
Royaume-Uni	3,9	8,4	+ 4,5
Etats-Unis	5,1	15,3	+ 10,2

Quel est le lien entre ces deux évolutions ?

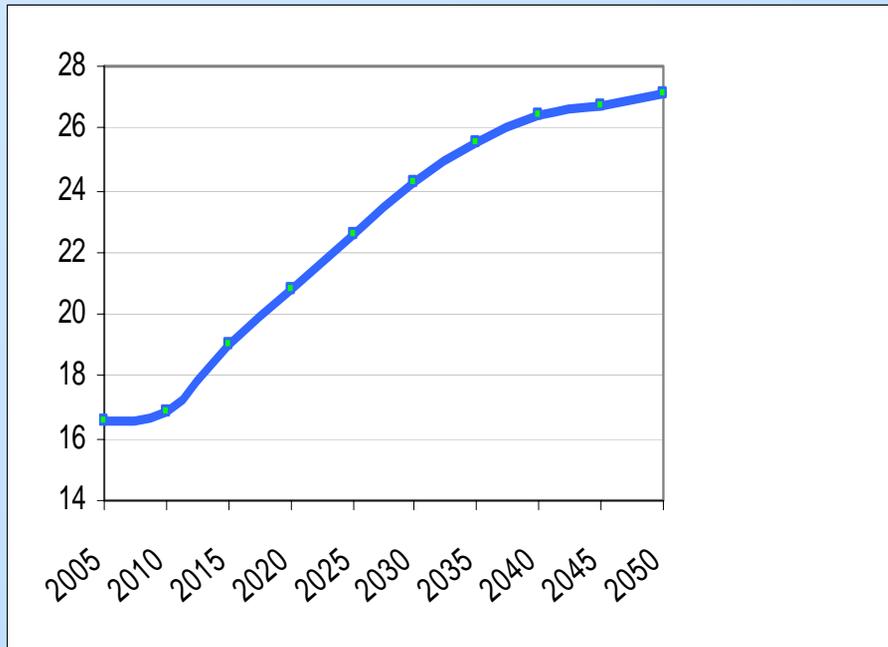
- Le vieillissement de la population peut-il nourrir une augmentation sans fin des dépenses de santé ?

Le vieillissement peut-il submerger nos systèmes de santé ?

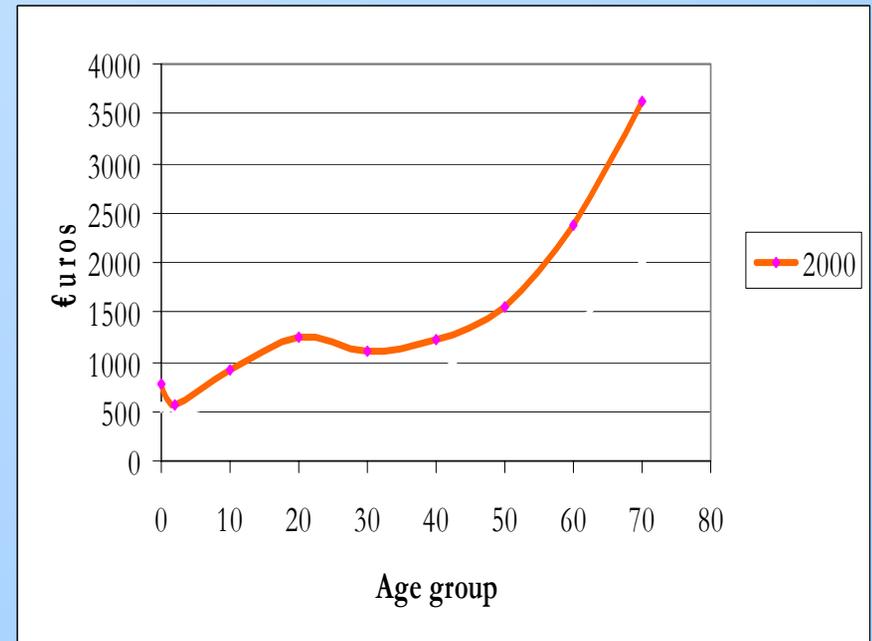
- Les estimations sur données macro économiques ne montrent pas d'influence de l'âge sur la croissance des dépenses de santé
- Variation des dépenses de santé dans le PIB pour EU15 :
7.7 % → 12.8 % entre 2005 et 2050
soit + 5.1 points, dont 0.6 seulement pour les changements démographiques
- Il faut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

Une illustration pour comprendre les mécanismes en jeu

Raisonnement standard

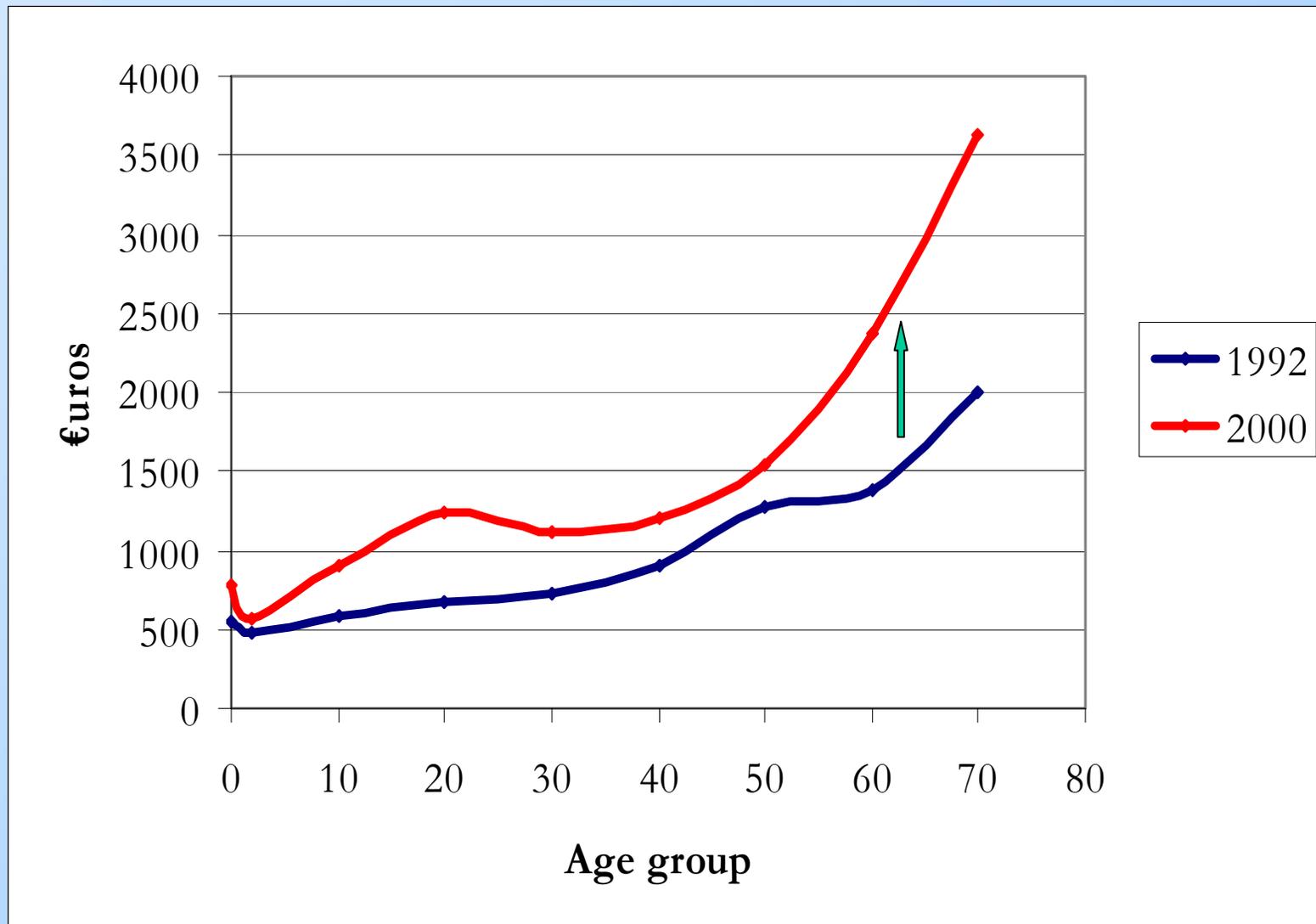


Vieillessement
2005-2050



Dépenses de santé par âge
En 2000

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



Questions abordées

- 1. Âge ou proximité de la mort ?**
- 2. Âge et santé**
- 3. La dynamique du progrès technique médical**
- 4. La croissance des dépenses est elle souhaitable ?**

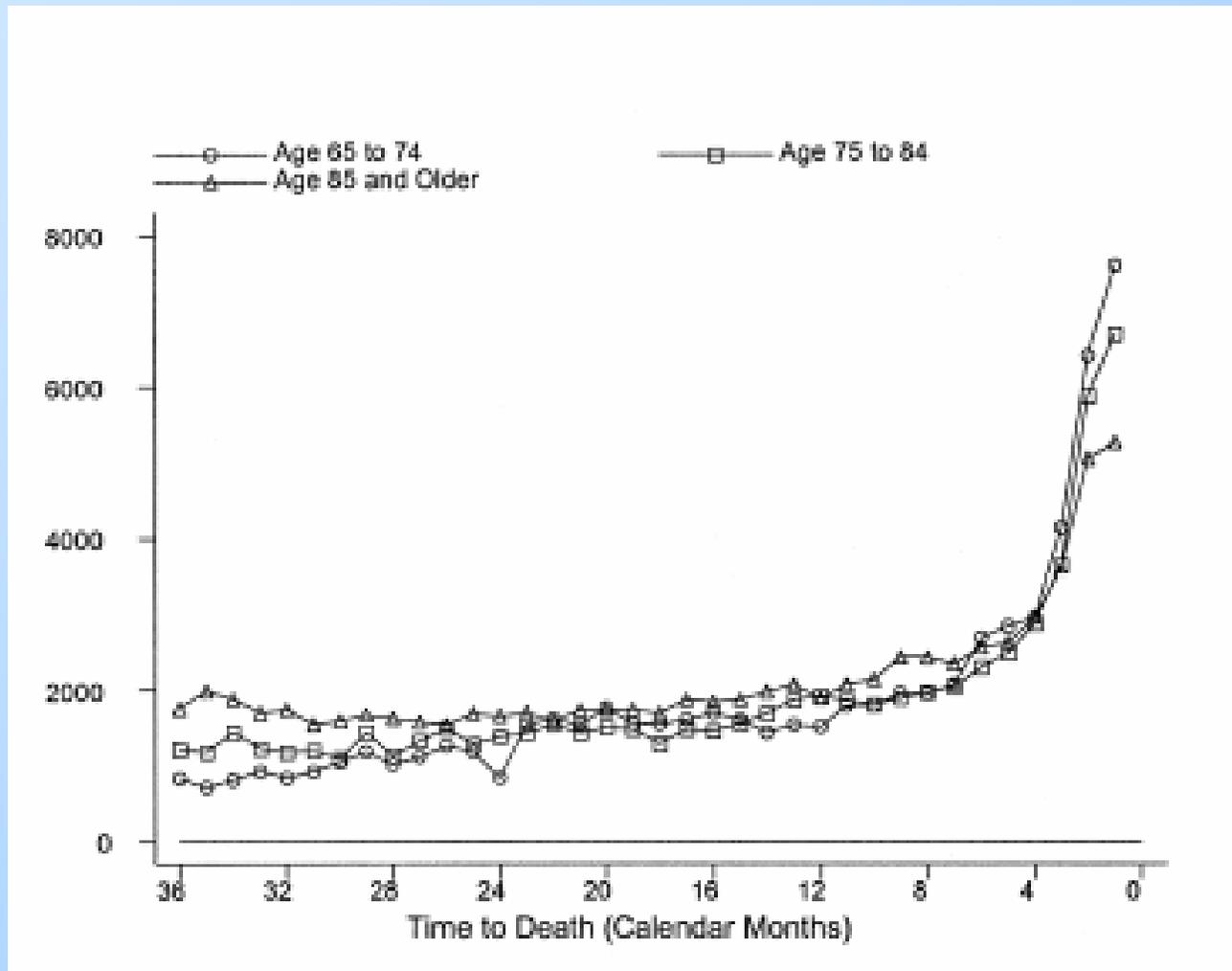
-1- Âge ou proximité de la mort ?

- Idée originale de Lubitz sur données de *Medicare*, développée par Zweifel sur données suisses
- L'âge en soi : pas ou peu d'influence significative
- C'est la proximité de la mort qui joue
- Coût élevé de la mort : ceux qui décèdent dans l'année (5 % des assurés de *Medicare*) représentent 30 % de ses dépenses

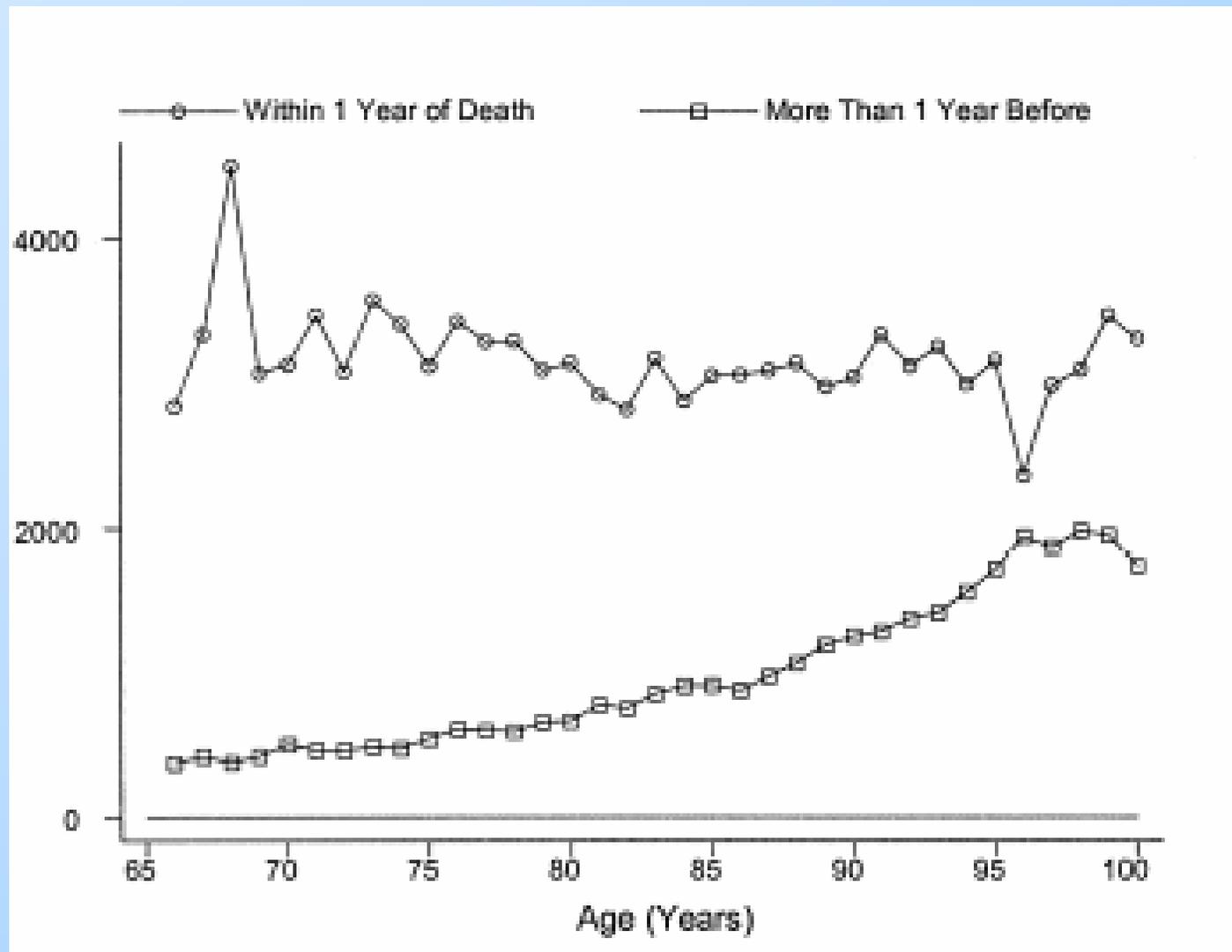
- La corrélation transversale âge-dépenses ne serait qu'apparente : elle résulterait du fait que la probabilité de mourir augmente avec l'âge, joint au coût élevé de la mort
- Enjeu : si la proximité de la mort est l'unique déterminant des dépenses de santé, les gains de longévité devraient contribuer à un freinage de la croissance des dépenses

- **Un article très éclairant de Yang et al. (2003) distingue les « décédants » et les « survivants »**
 - Dépenses mensuelles de santé de 25 994 bénéficiaires de *Medicare*
 - Le profil des « survivants » n'est pas plat mais croissant avec l'âge

Yang *et al.* (2003): dépenses en fonction de la proximité de la mort



Dépenses en fonction de l'âge : « décédants » versus « survivants »



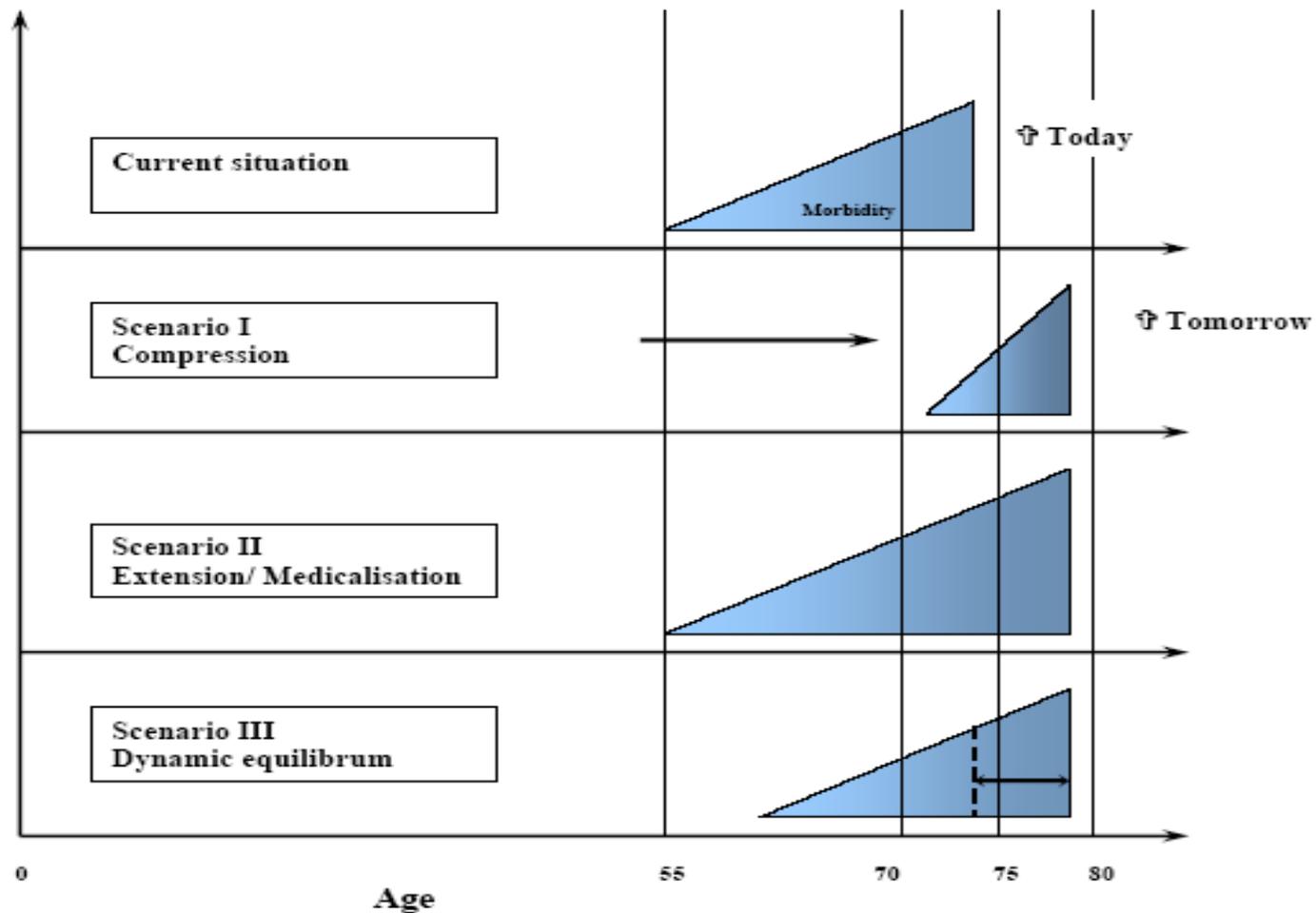
Age ou proximité de la mort (fin)

- Débats assez vifs pour aboutir maintenant à un consensus : les deux jouent
- Intégrer la proximité de la mort modère les prévisions :
 - À l'horizon 2020, surestimation de 15 % des dépenses de *Medicare* si on n'intègre pas la proximité de la mort dans les paramètres de la prévision
 - Retenu dans les prévisions OCDE et EU

-2- Âge et 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
- L'âge est un indicateur instable de la morbidité : il est essentiel de distinguer âge nominal et progression de la morbidité

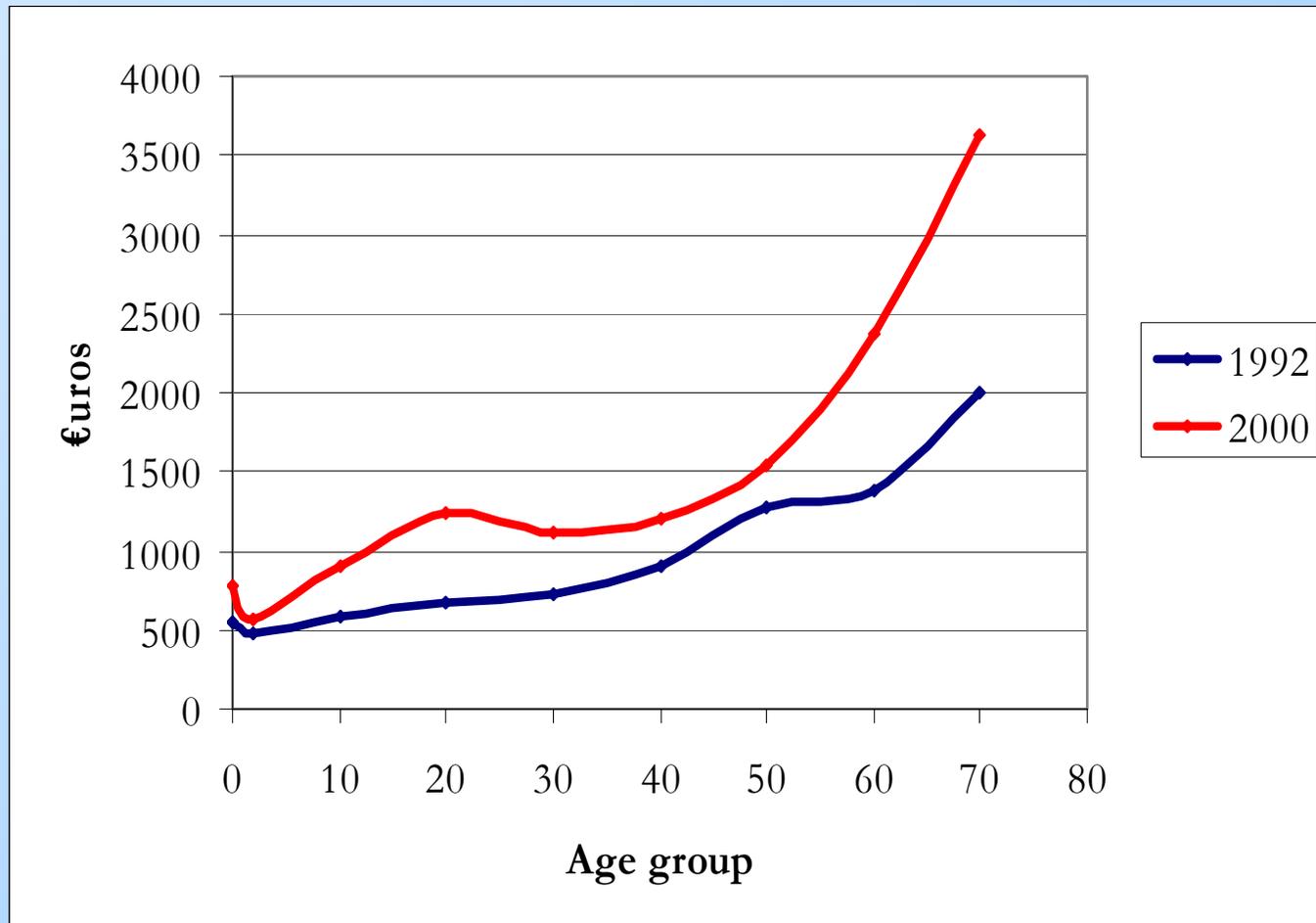
Quelle évolution pour la morbidité dans le futur ?



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

-3- La dynamique du progrès technique médical

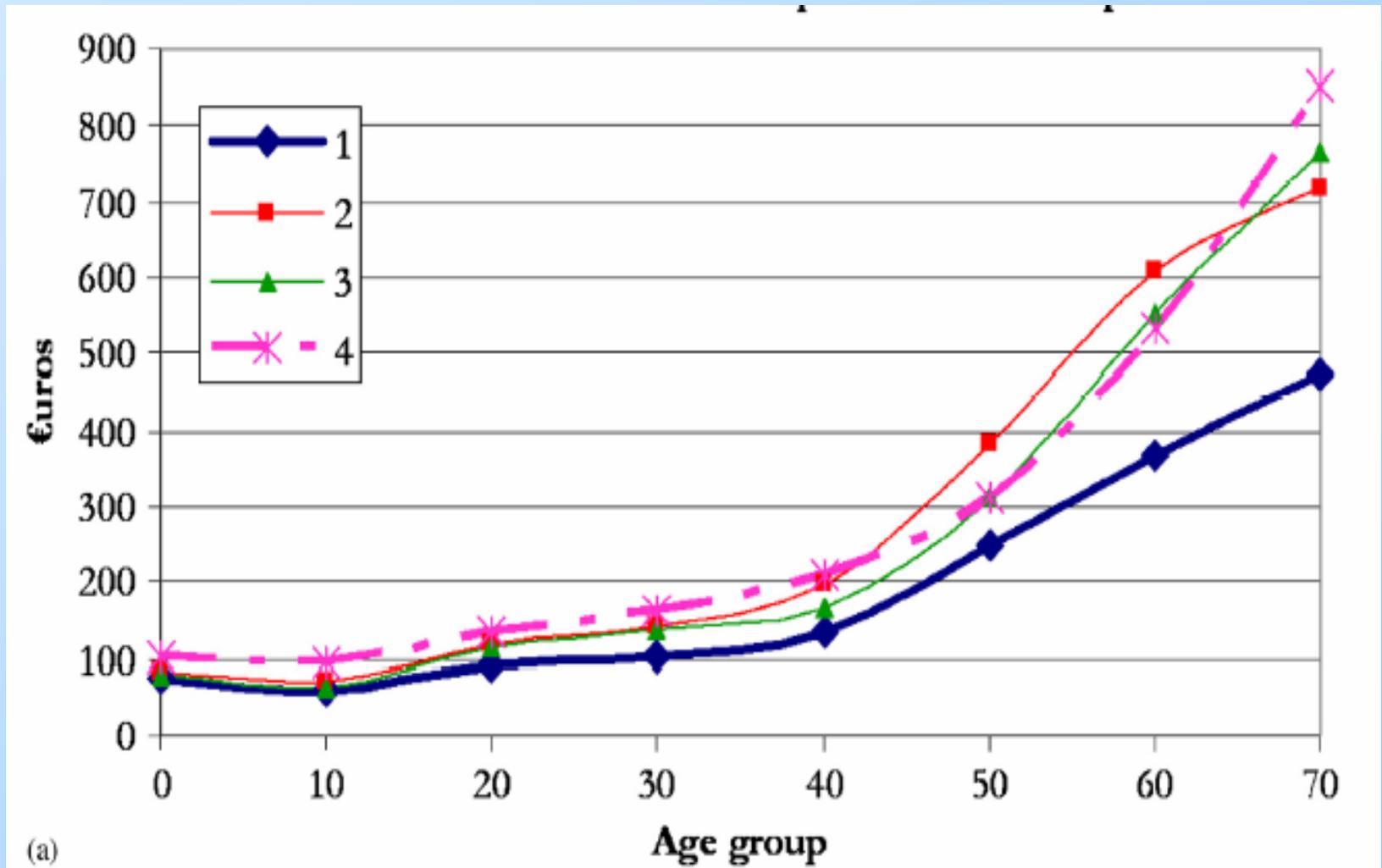


Analyse rétrospective pour la France

- 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

Résultats des microsimulations

Pharmacie (consommation non conditionnelle)



(a)

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

- 4 - 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 Etats-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)

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
- Dans ce concept, la vie a une valeur indépendamment des capacités productives de l'individu
- Conférer une valeur monétaire à la vie peut sembler choquant pour des raisons éthiques
 - Seul moyen de rendre explicites les critères utilisés pour la décision publique
 - Seule voie pour mesurer l'apport des dépenses de santé et le comparer avec d'autres productions bien visibles dans le PIB

- 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 sont insuffisantes dans ce pays

Conclusion

- 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

Merci !