

LES DÉPENSES DE SANTÉ
Une augmentation salubre ?

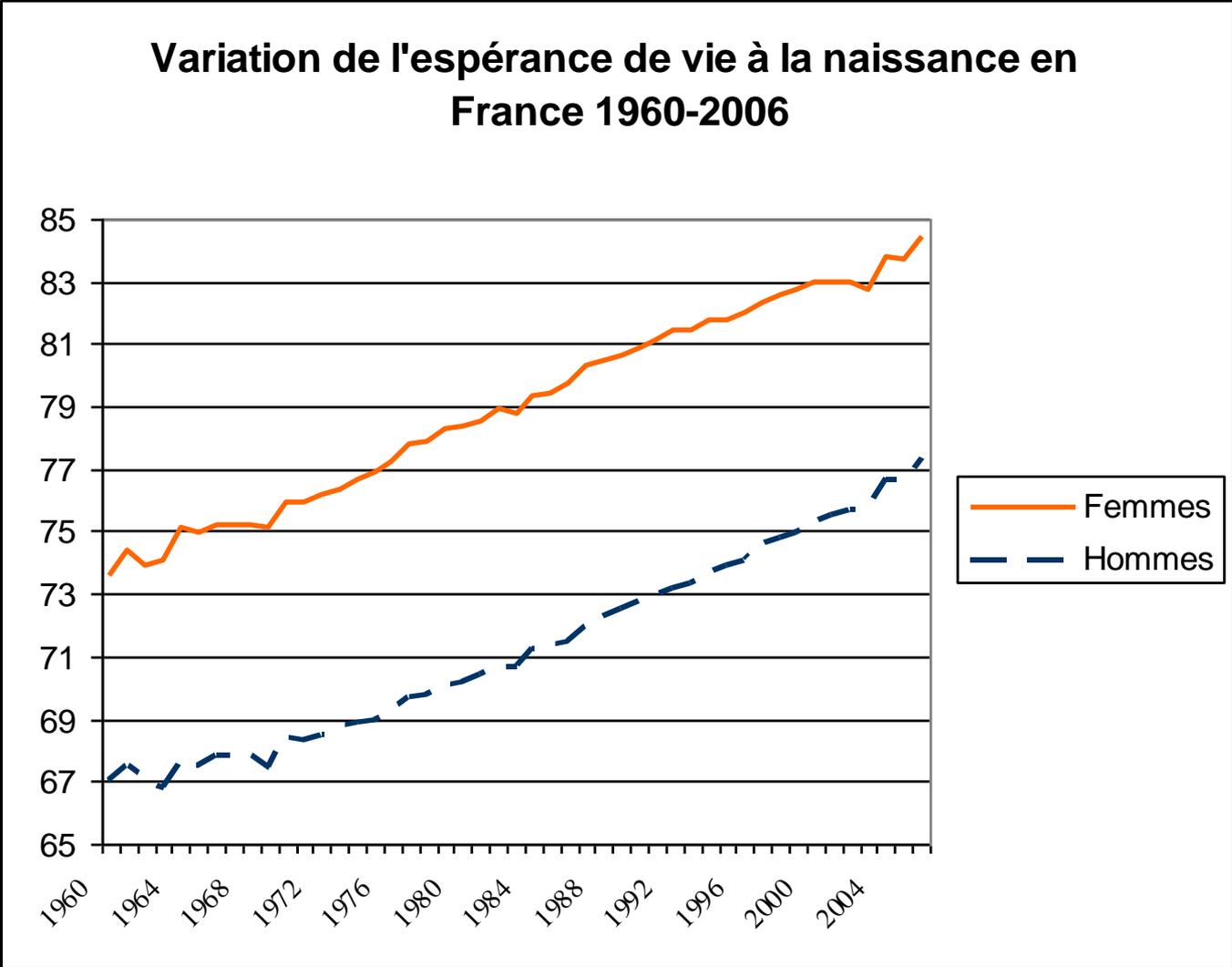
Brigitte Dormont

CEPREMAP – 20 février 2009

L'augmentation de la longévité

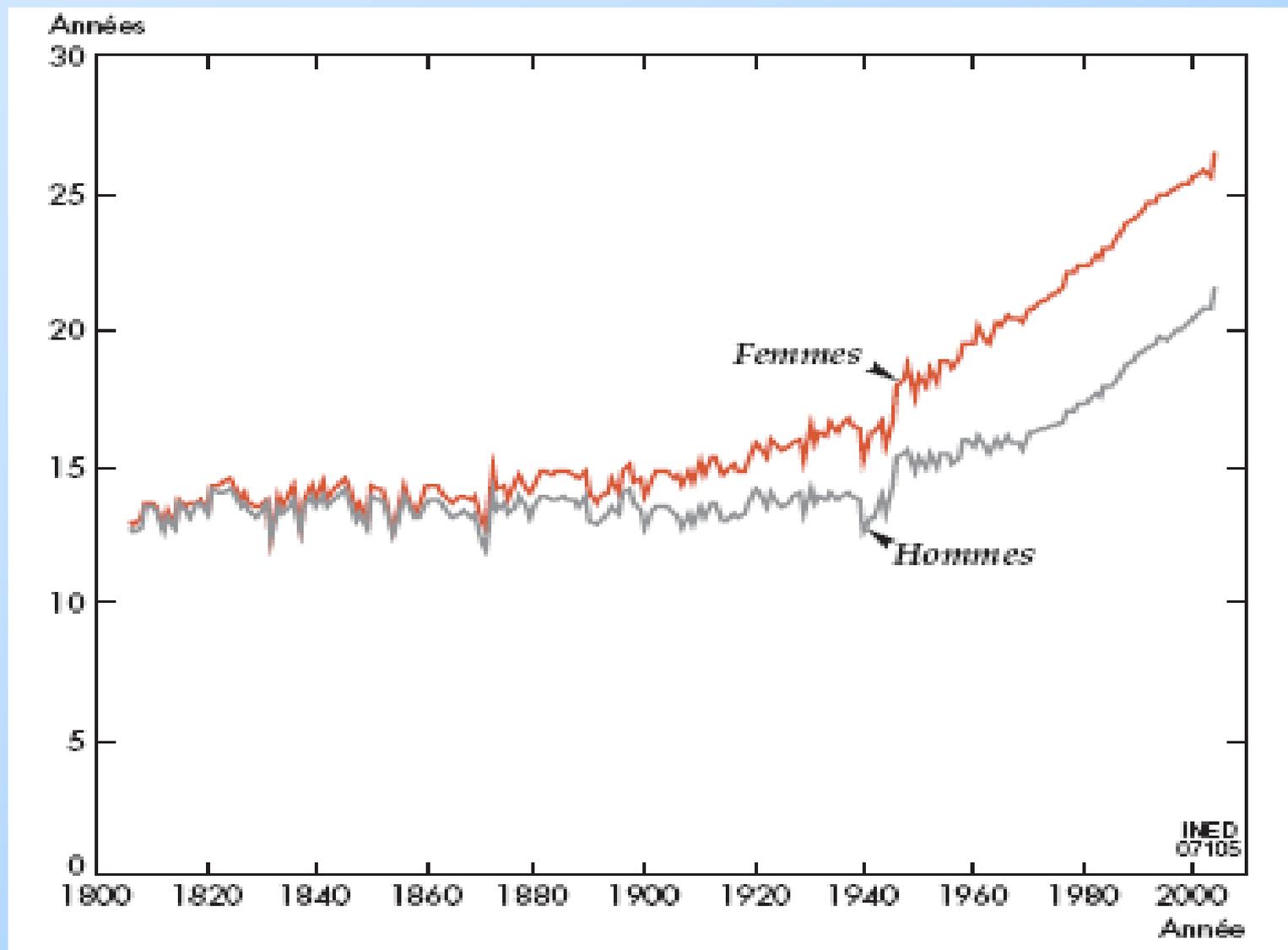
- Les conditions de la vie humaine ont été profondément modifiées par l'augmentation de l'espérance de vie
- L'espérance de vie a plus que triplé depuis le 18ème siècle
- En France : 25 ans en 1750 → plus de 80 ans début des années 2000

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

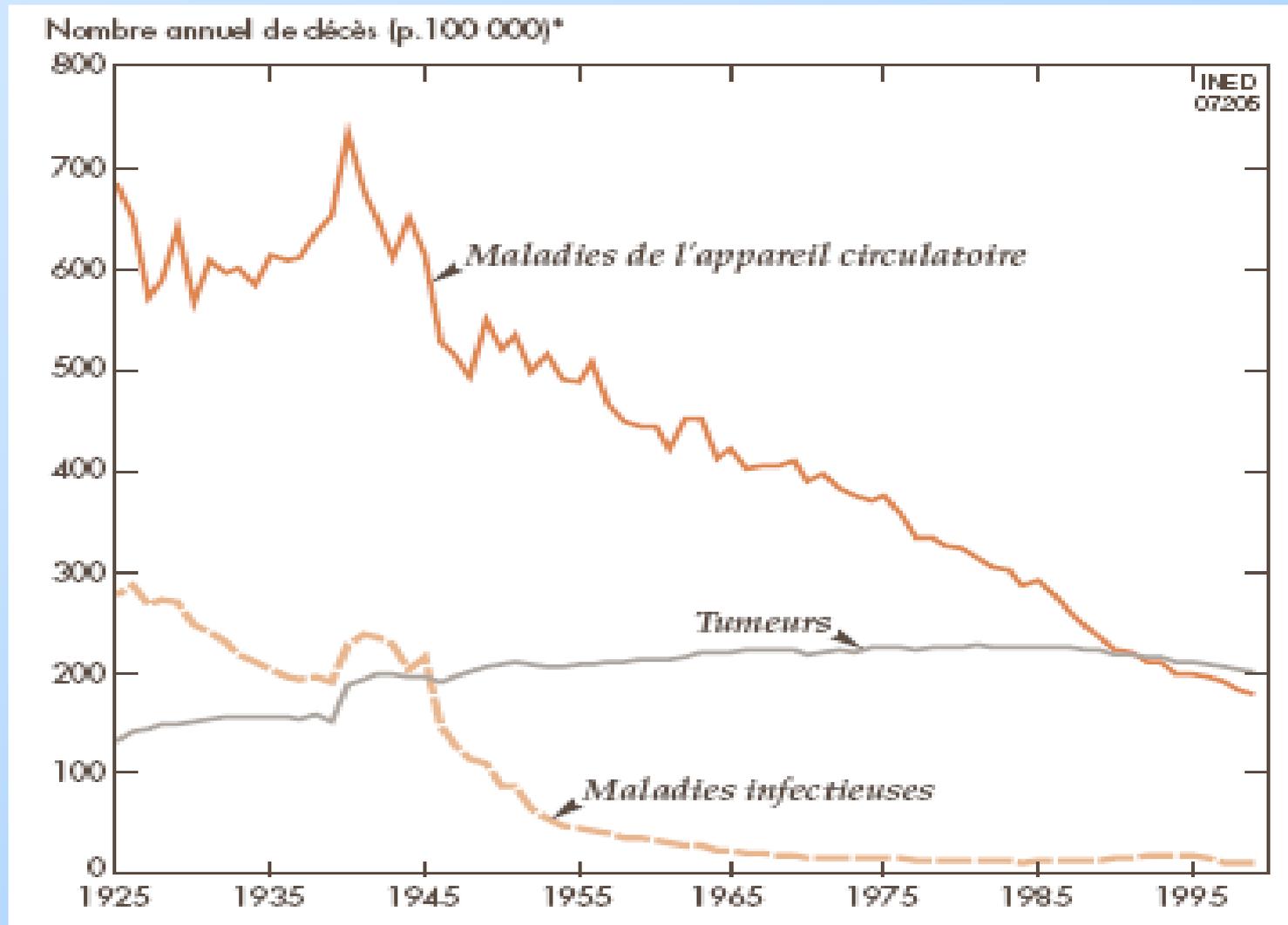


- Aux 18ème et 19ème siècles les progrès reposent sur la baisse de la mortalité infantile
- Les décennies récentes sont marquées par des avancées dans la lutte contre la mortalité aux âges élevés

Espérance de vie à 60 ans 1806-2004



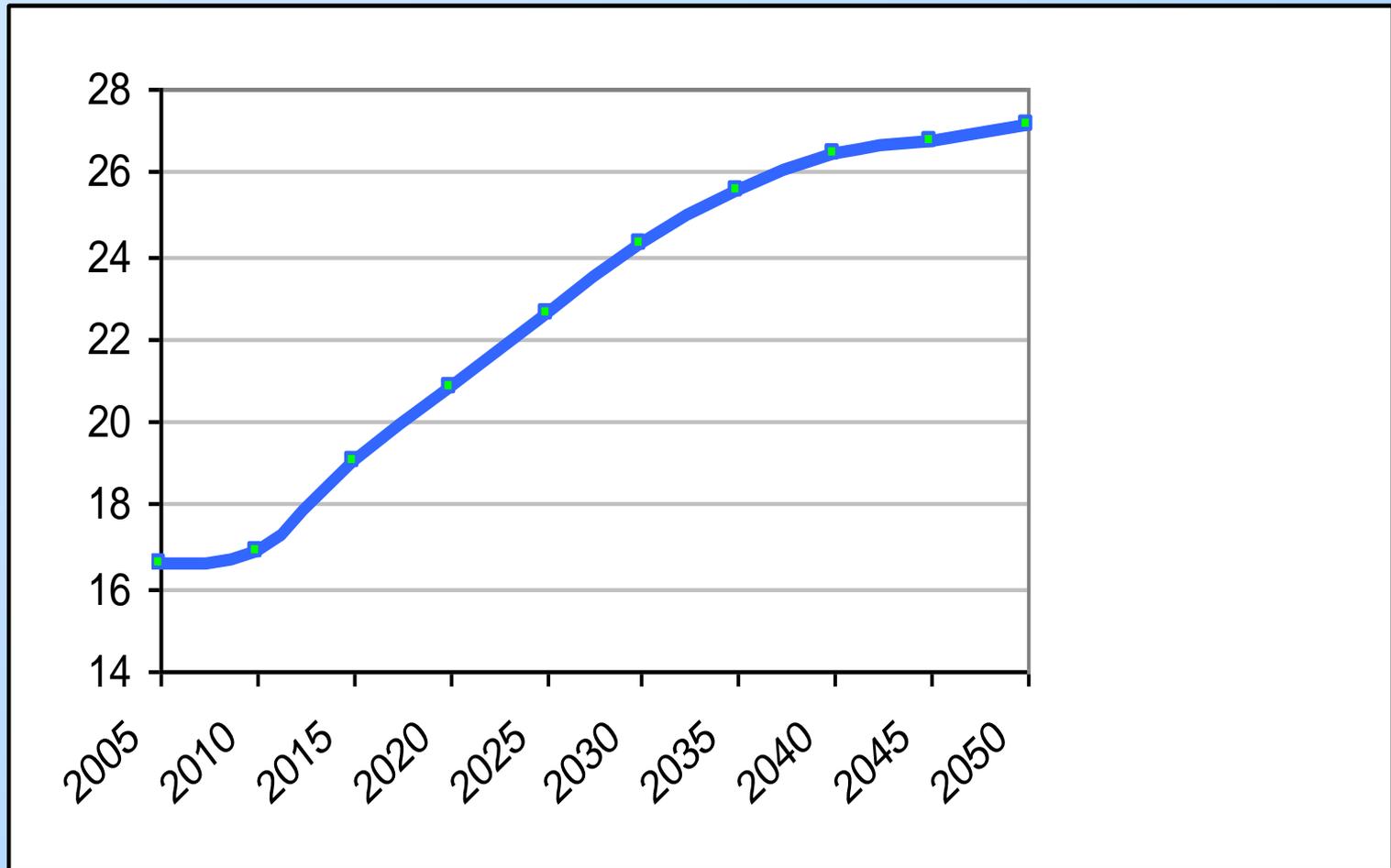
Mortalité par cause de décès en France de 1925 à 1999



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 ?

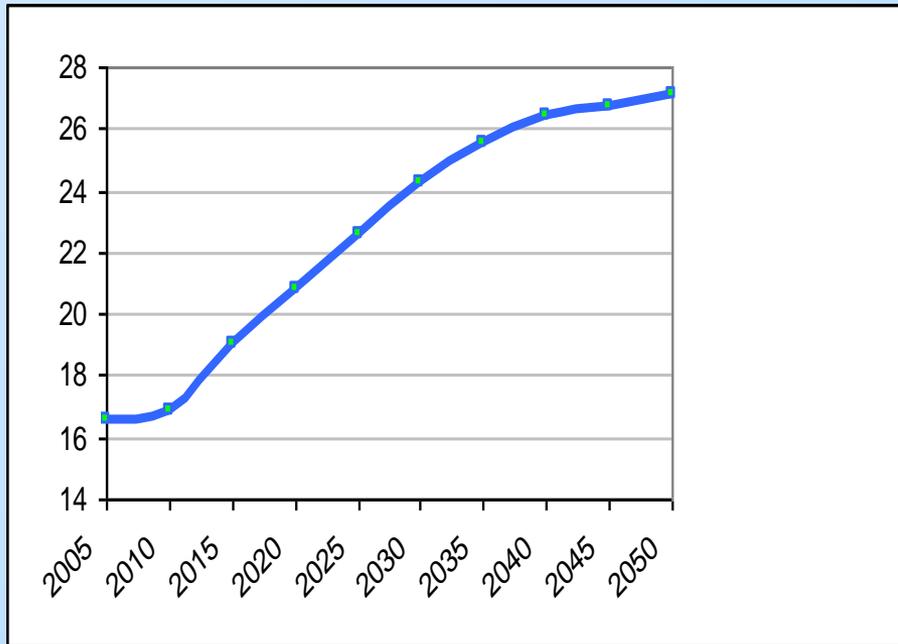
- Le vieillissement de la population peut-il nourrir une augmentation sans fin des dépenses de santé ?

Le vieillissement peut-il submerger nos systèmes de santé ?

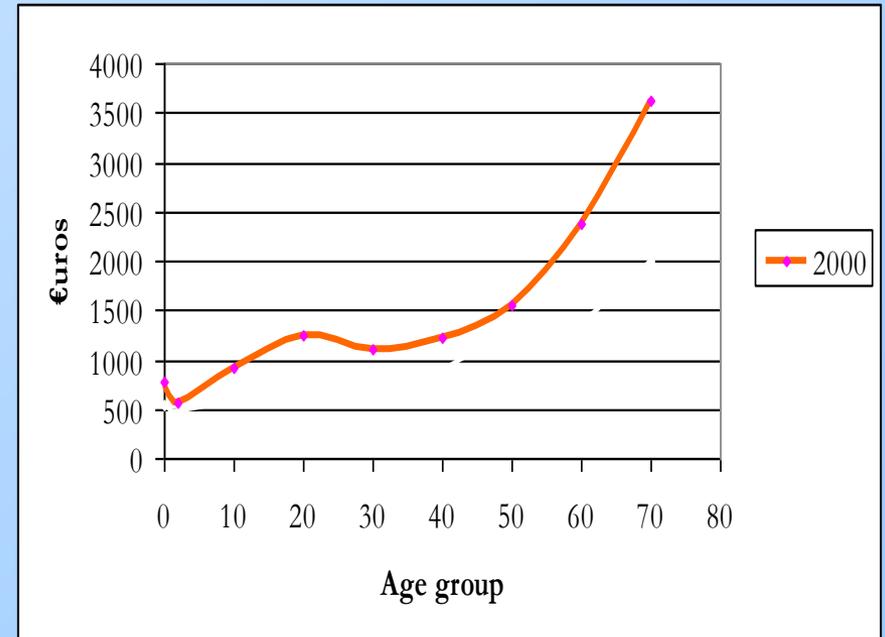
- Les estimations sur données macro économiques ne montrent pas d'influence de l'âge sur la croissance des dépenses de santé
- Variation des dépenses de santé dans le PIB pour EU15 :
7.7 % → 12.8 % entre 2005 et 2050
soit + 5.1 points, dont 0.6 seulement pour les changements démographiques
- Il faut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

Une illustration pour comprendre les mécanismes en jeu

Raisonnement standard

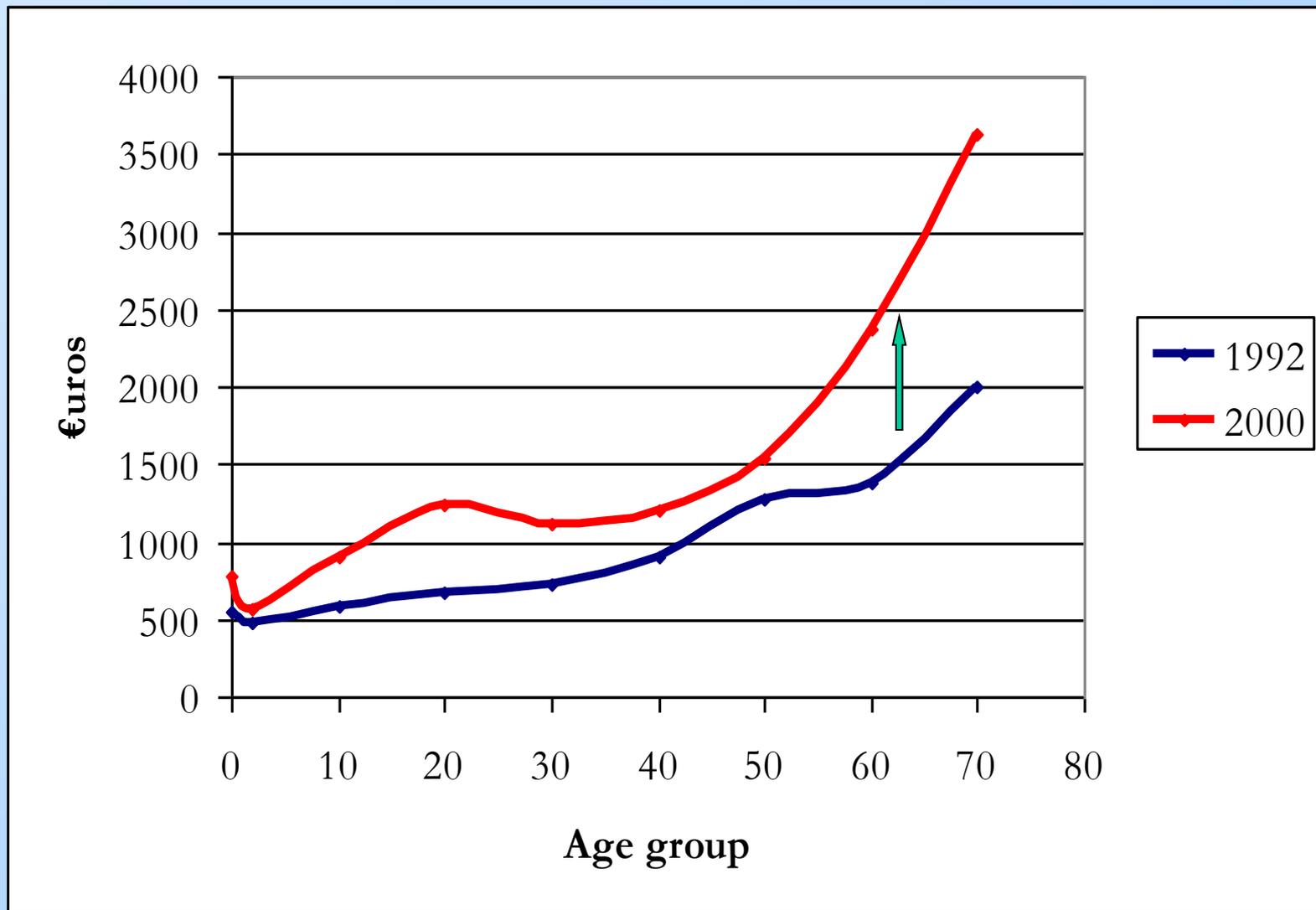


Vieillessement
2005-2050



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 ?**

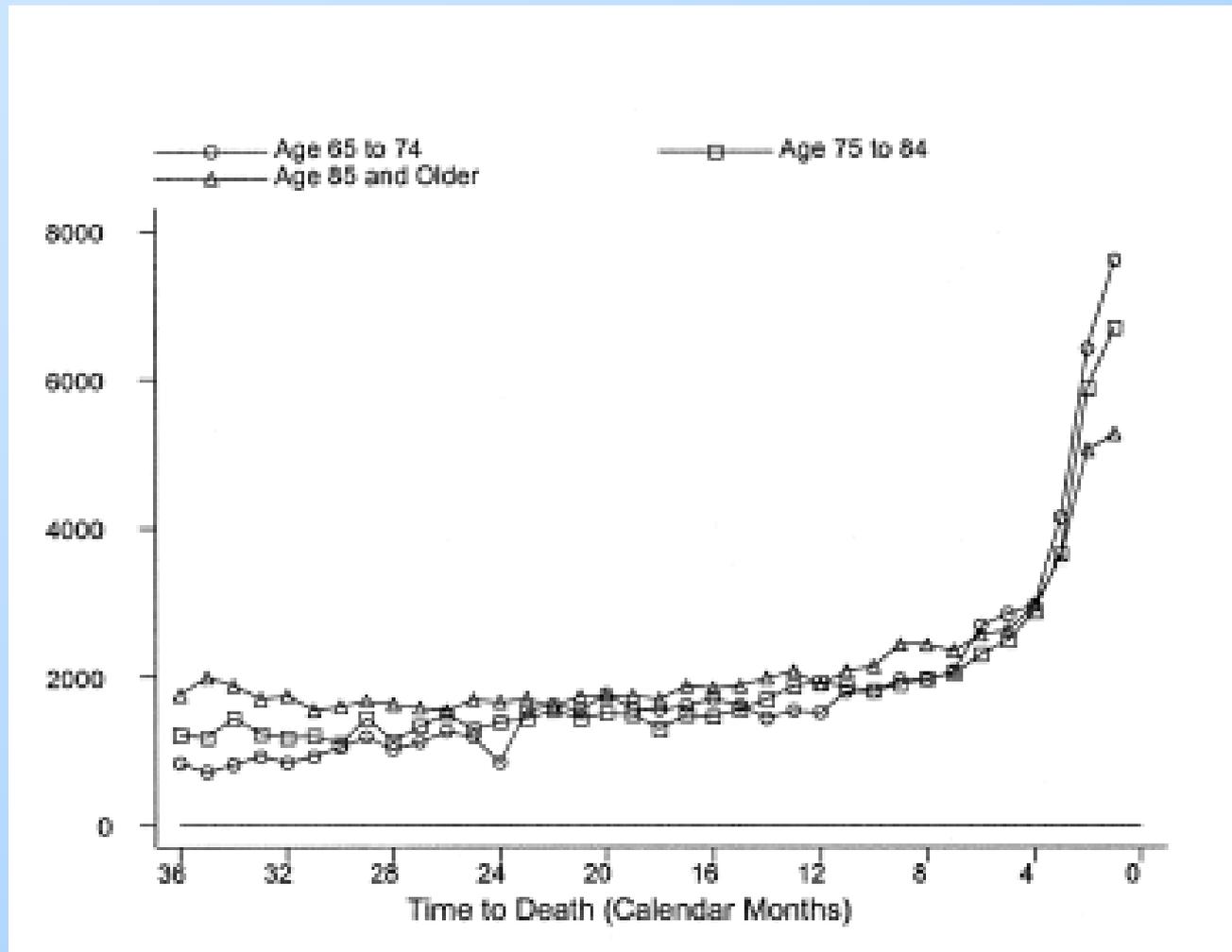
-1- Âge ou proximité de la mort ?

- 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

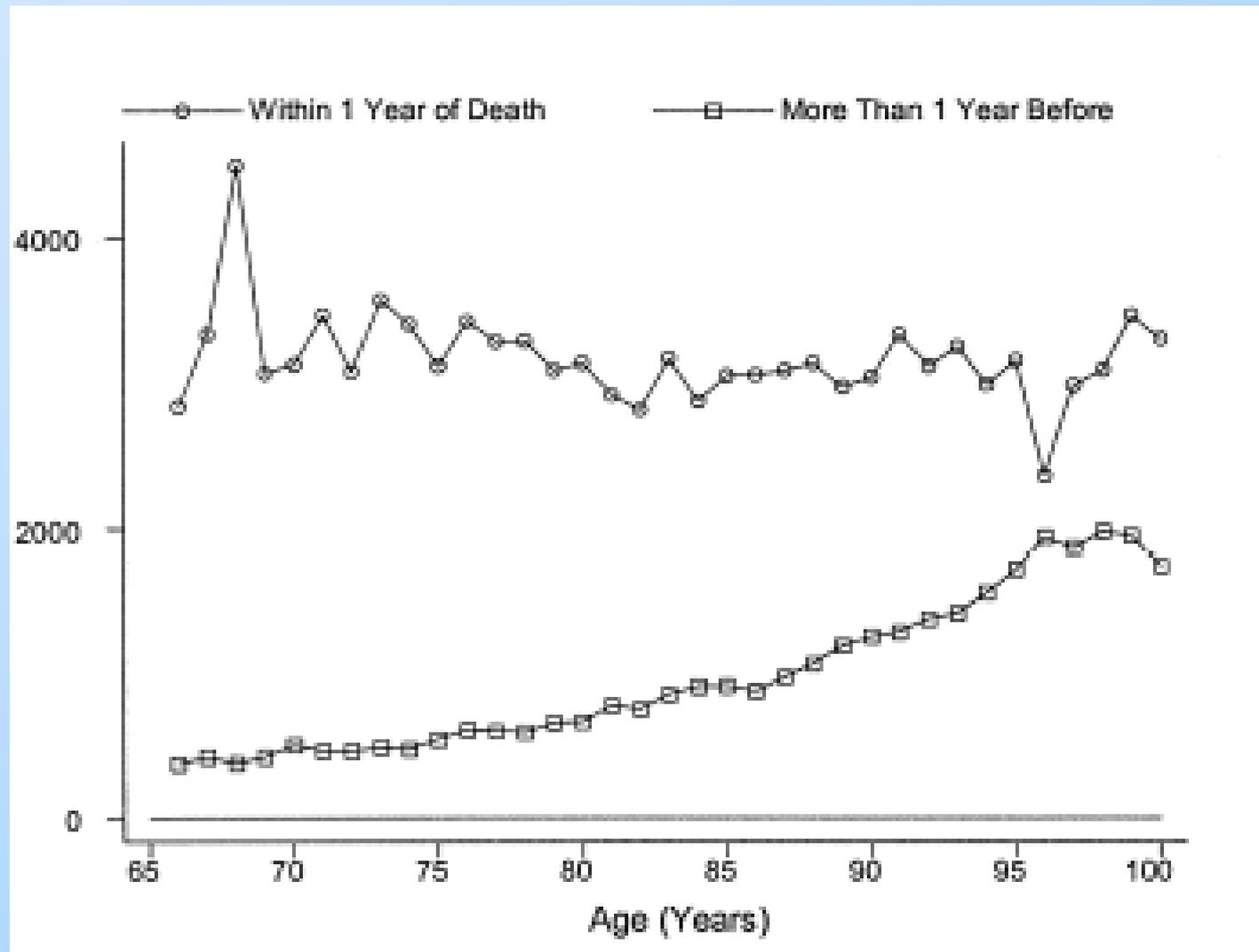
- La corrélation transversale âge-dépenses ne serait qu'apparente : elle résulterait du fait que la probabilité de mourir augmente avec l'âge, joint au coût élevé de la mort
- Enjeu : si la proximité de la mort est l'unique déterminant des dépenses de santé, les gains de longévité devraient contribuer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



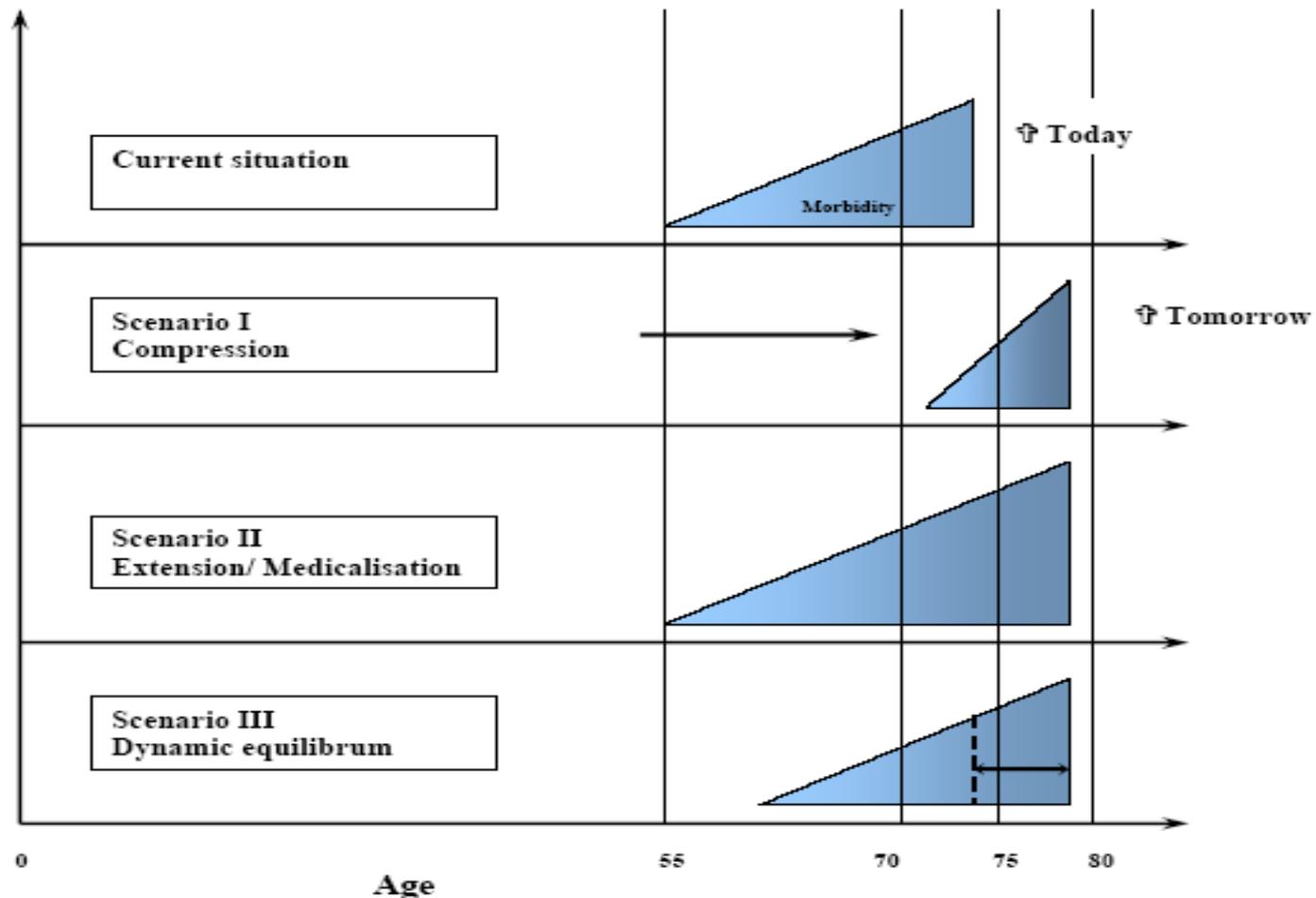
Age ou proximité de la mort (fin)

- 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

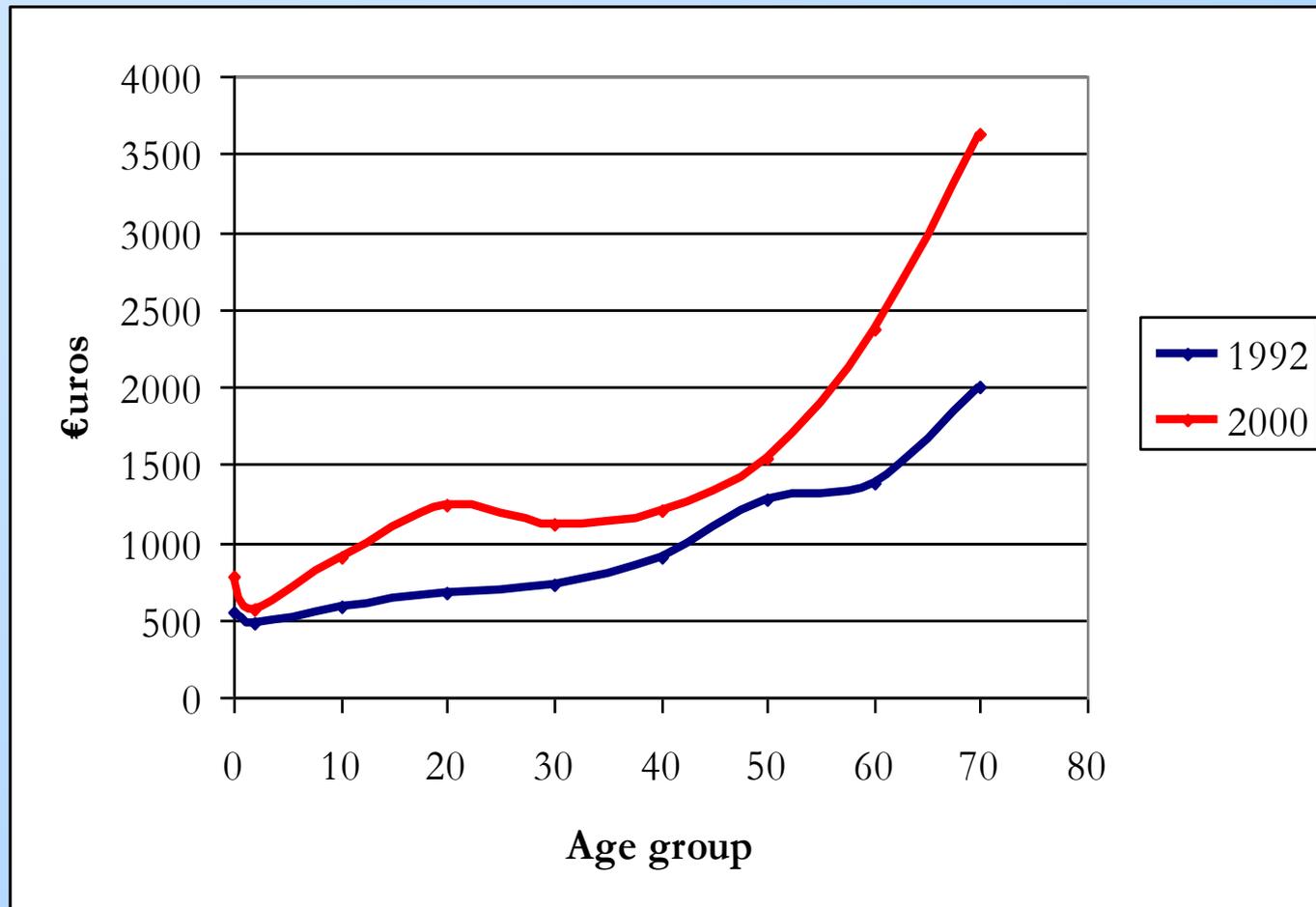
Quelle évolution pour la morbidité dans le futur ?



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

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 : 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 Etats-Unis)
- Ceci suggère que les dépenses de santé sont insuffisantes dans ce pays

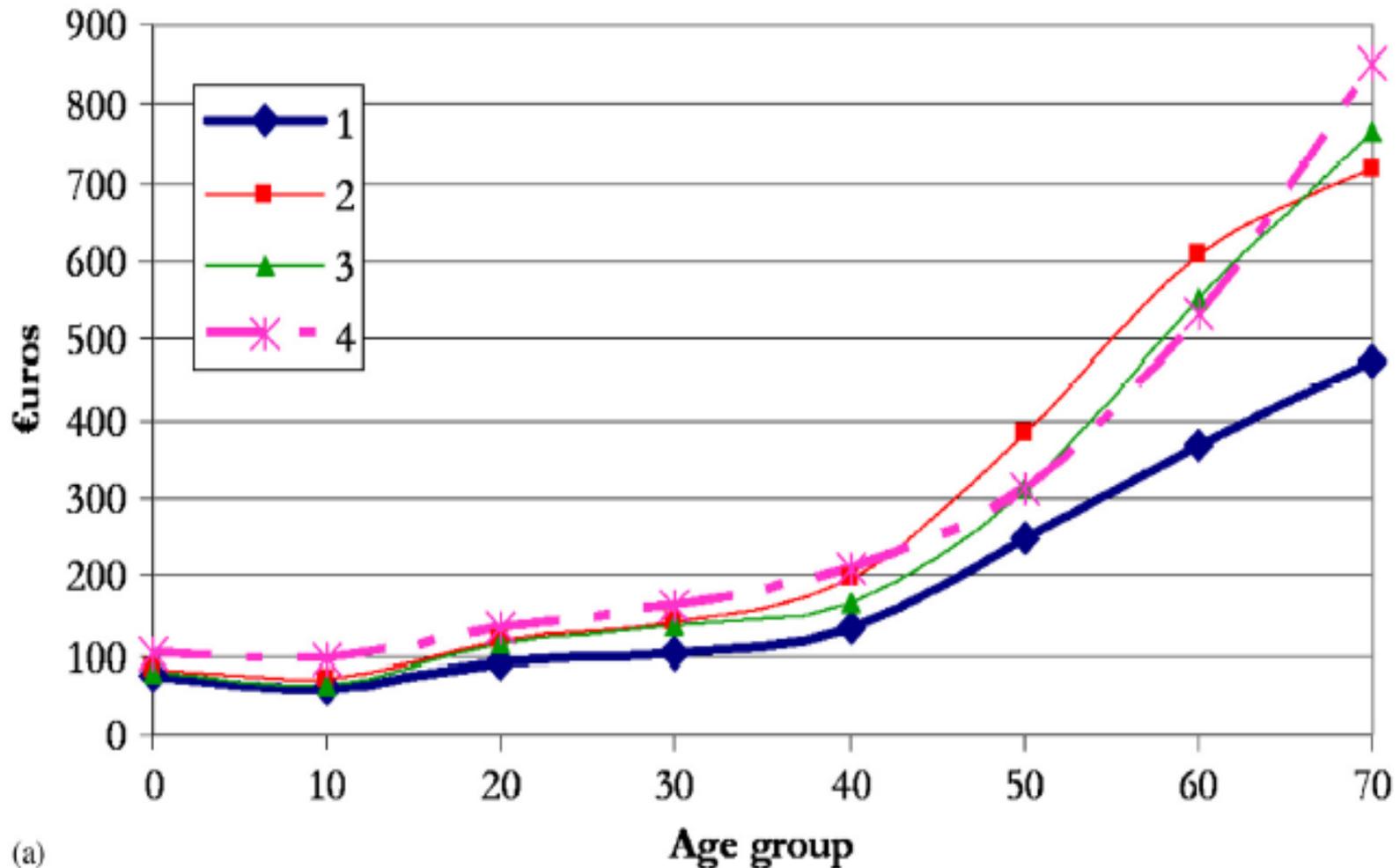
Conclusion

- 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 pour votre attention

Résultats des microsimulations

Pharmacie (consommation non conditionnelle)



(a)