



CHAIRE SANTÉ

UNE CHAIRE DE
LA FONDATION DU RISQUE

La croissance des dépenses de santé Quels déterminants, quelle finalité ?

Brigitte Dormont et Hélène Huber

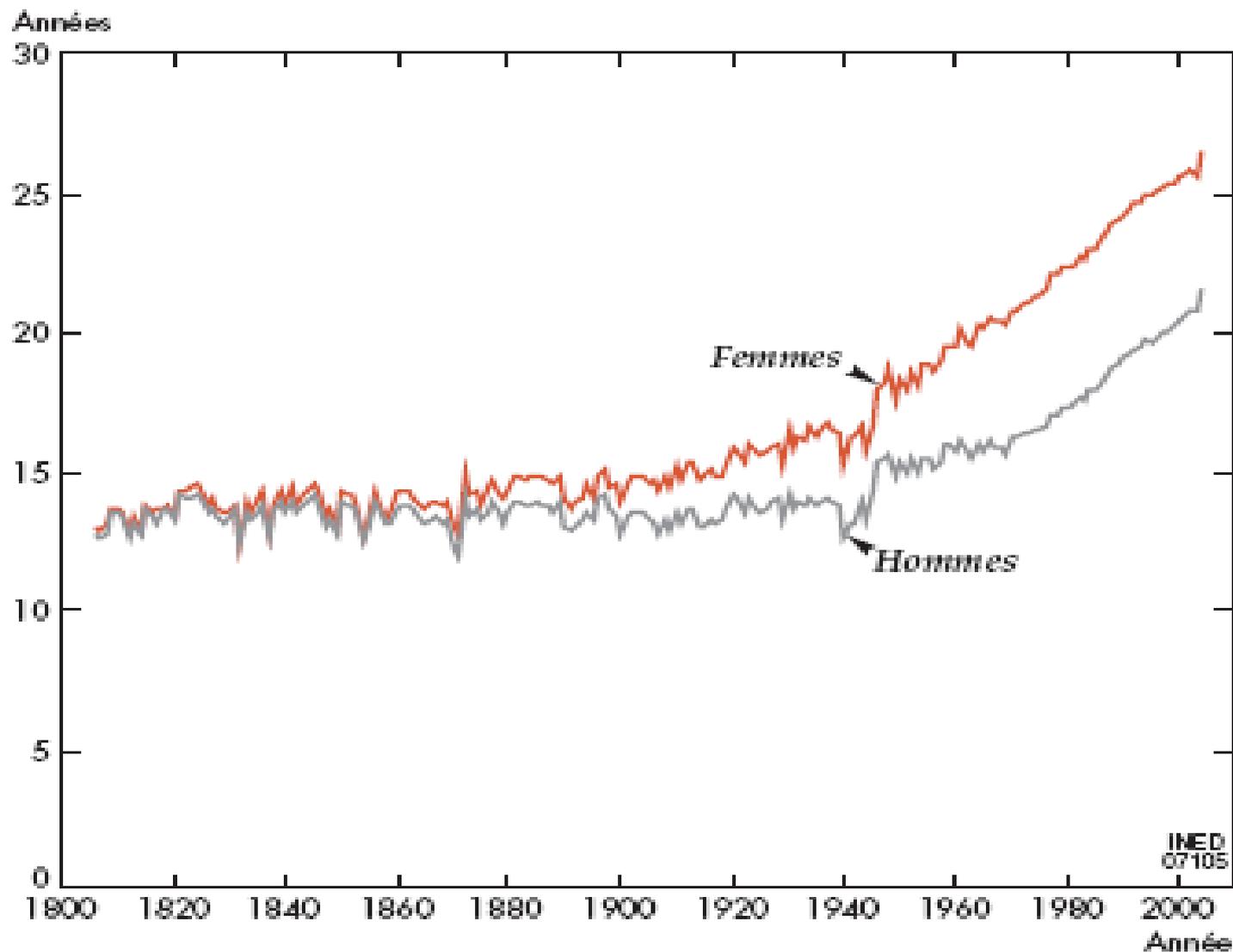
*Université Paris Dauphine, Université Paris 1-Ecole d'Économie de
Paris, Chaire Santé de la Fondation du Risque*

Institut Montparnasse ,18 novembre 2011

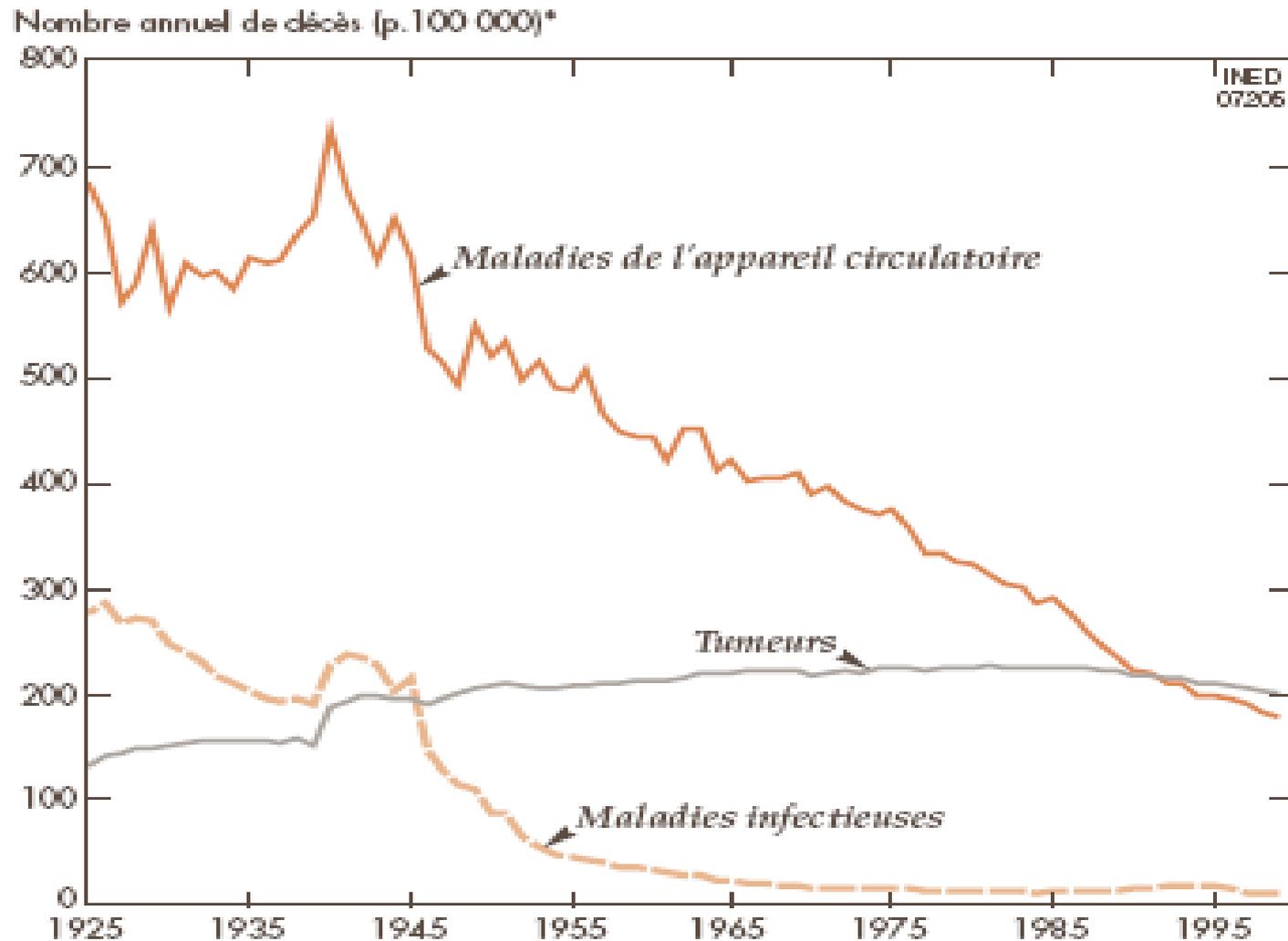
L'augmentation de la longévité

- 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
- 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



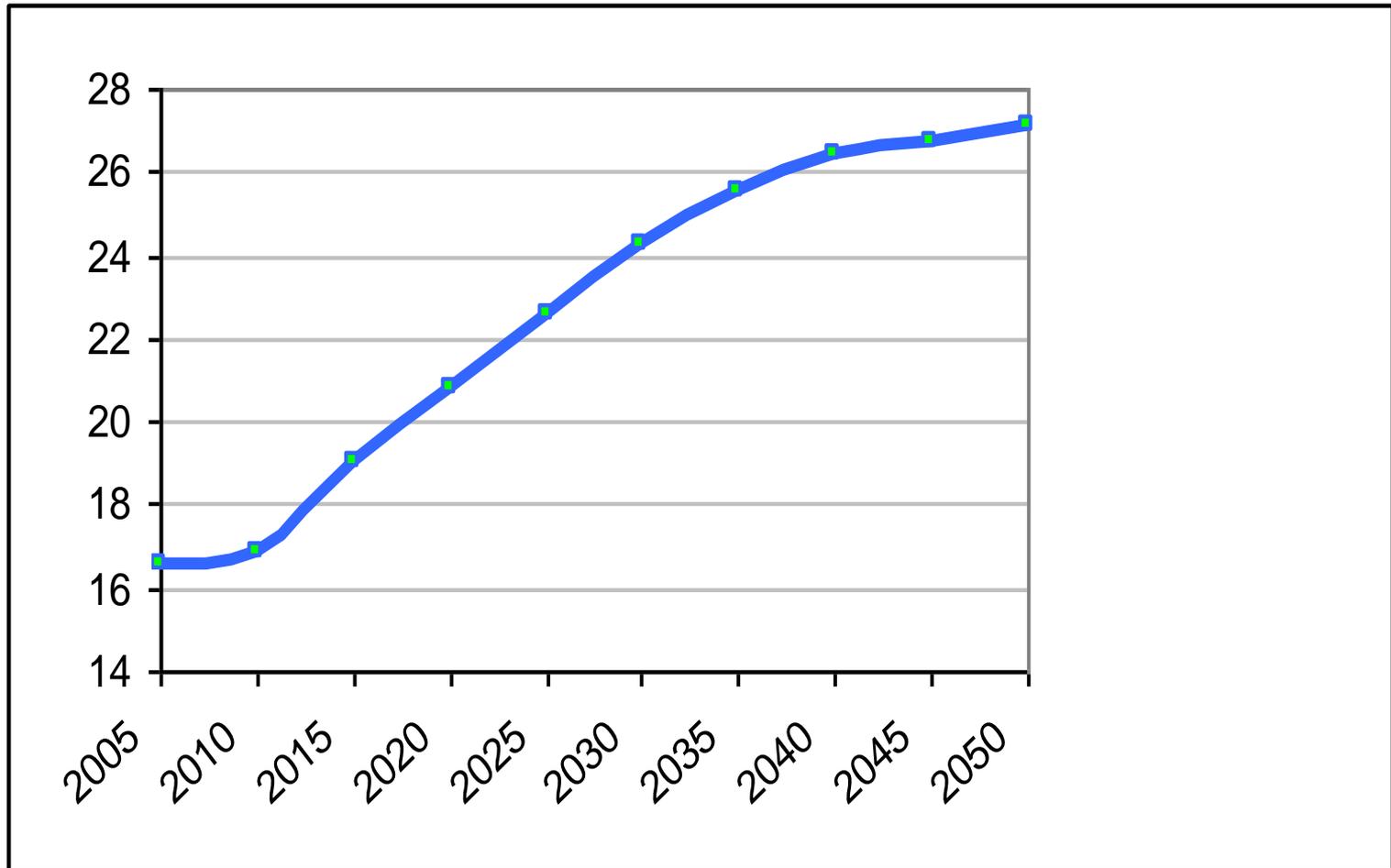
Mortalité par cause de décès en France de 1925 à 1999



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

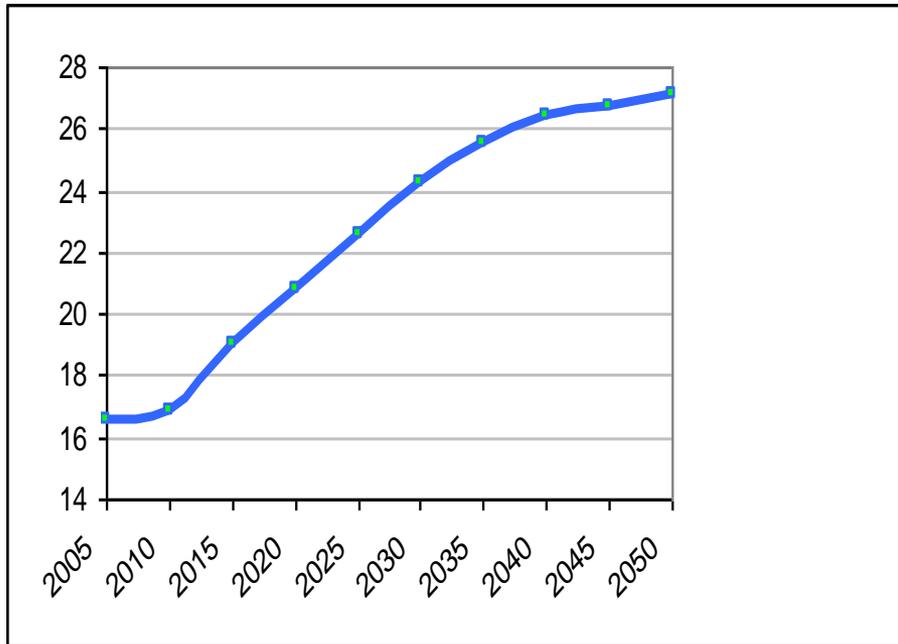


Le vieillissement peut-il submerger nos systèmes de santé ?

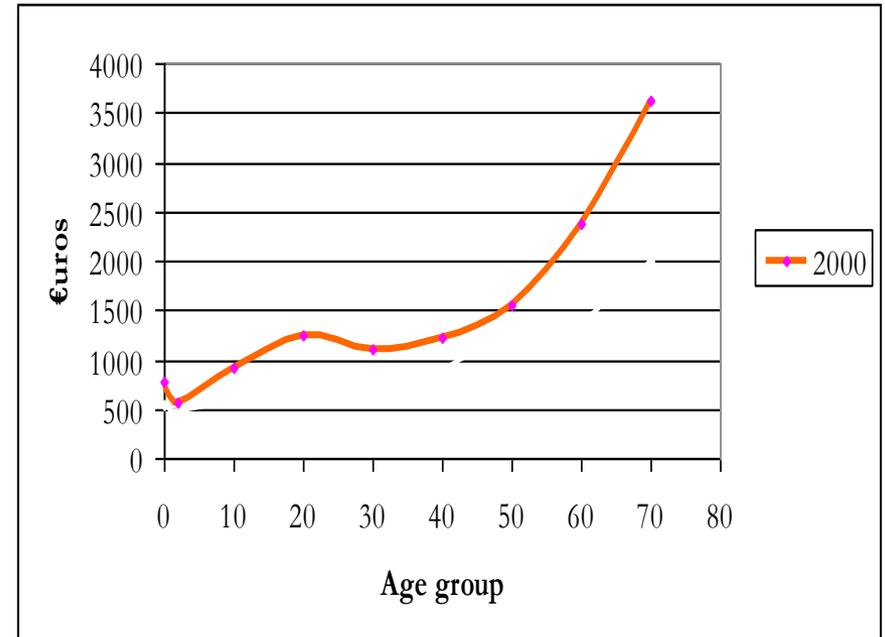
- Les estimations sur données macro économiques ne montrent pas d'influence de l'âge sur la croissance des dépenses de santé
- Variation des dépenses de santé dans le PIB pour EU15 :
7.7 % → 12.8 % entre 2005 et 2050
soit + 5.1 points, dont 0.6 seulement pour les changements démographiques
- Il faut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

Une illustration pour comprendre les mécanismes en jeu

Raisonnement standard

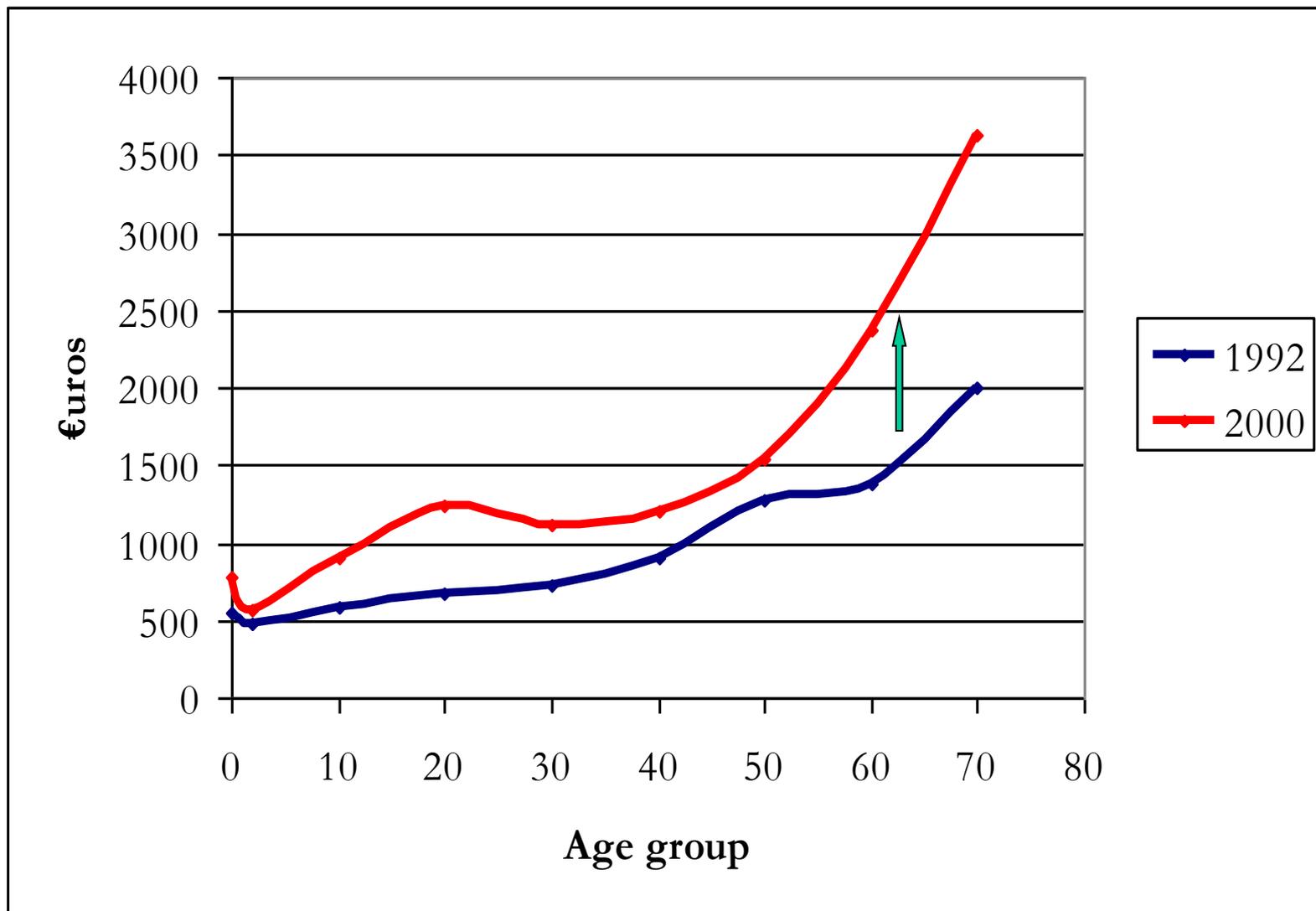


Vieillessement
2005-2050



Dépenses de santé par âge
En 2000

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



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 (%)	53.9
Dont changements démographiques	+ 6.3
évolution de la structure par âge	3.3
évolution de la taille de la population	3.0
Dont changements dus à l'évolution de la morbidité	- 9.7
Dont changements de pratiques à morbidité donnée :	+ 57.3

- 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 cette progression
- 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

La croissance des dépenses est-elle souhaitable ?

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

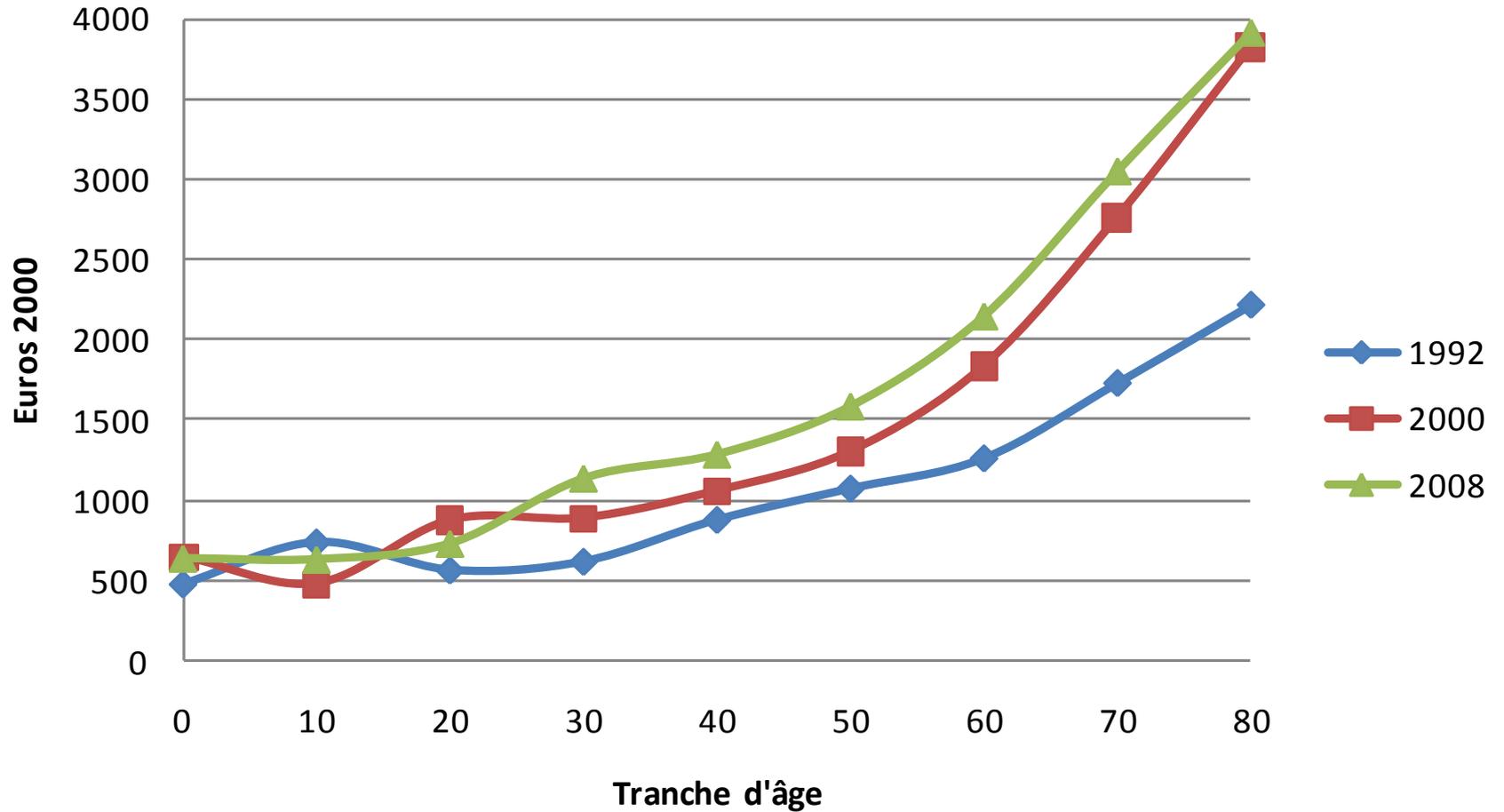
- En utilisant la valeur statistique de la vie, on peut mesurer la valeur des gains en santé et en longévité (Murphy & Topel, 2006)
- Résultat spectaculaire : pour les Etats-Unis entre 1970 et 2000, les gains en santé et en longévité correspondent *chaque année* à une valeur équivalente à 32% du PIB !
- La valeur de ces gains est supérieure au coût associé (15% du Pib pour les dépenses de santé aux États-Unis)

- Le moteur principal 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

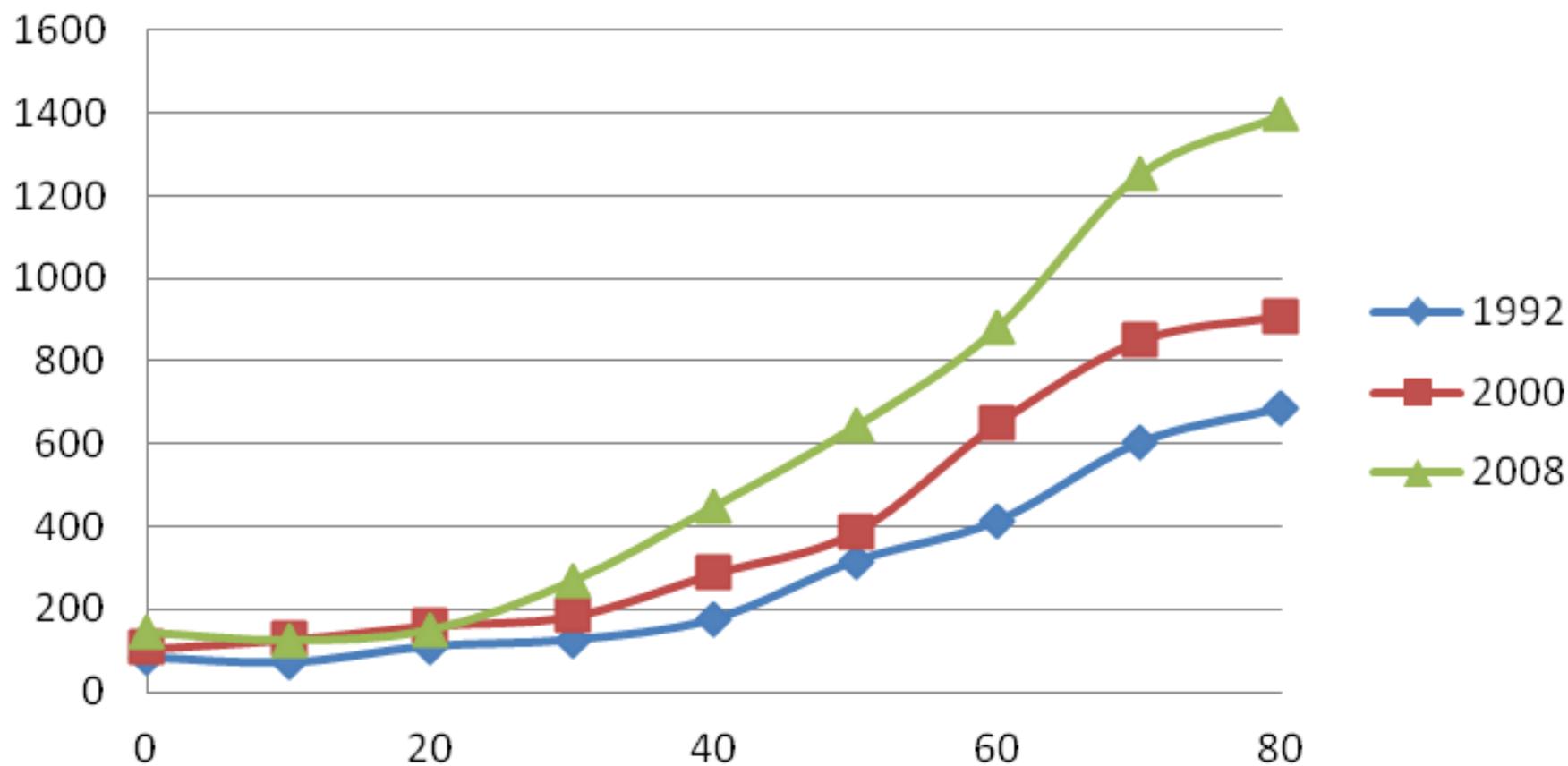
La période récente 2000 - 2008

- Ces résultats sont-ils maintenus sur les huit années suivantes ?
- Même approche par microsimulations
- Échantillons d'assurés sociaux français
 - 6 522 individus observés en 2000
 - 6 749 individus en 2008
- *Résultats provisoires à confirmer*

Dépense moyenne: total étudié



Dépense de médicaments



Décomposition de l'évolution des dépenses de santé 2000-2008

Variation 2000-2008 (%)	20.5
Dont changements démographiques	+ 9.6
évolution de la structure par âge	3.8
évolution de la taille de la population	5.8
Dont changements dus à l'évolution de la morbidité	- 1.5
Dont changements de pratiques à morbidité donnée	+ 12.4

Décomposition de l'évolution des dépenses de santé 2000-2008

	Méd	Phar	Hôp
Variation 2000 - 2008 (%)	1.0	48.4	11.2
Dont changements démographiques	8.0	+ 11.0	9.3
évolution de la structure par âge	2.3	5.1	3.6
évolution de la taille de la population	5.7	5.9	5.7
Dont changements dus à l'évolution de la morbidité	+ 1.8	+ 4.7	- 7.4
Dont changements de pratiques à morbidité donnée	- 8.8	+ 32.7	+9.2

Conclusion

- Résultat confirmé : le vieillissement n'explique qu'une part mineure de la croissance des dépenses de santé
- Les changements de pratiques sont encore le facteur déterminant de l'augmentation des dépenses
- Enjeu : la croissance des dépenses ne résulte pas d'un processus exogène incontrôlé
- Rôle important de la couverture assurancielle dans la dynamique des changements de pratique (ALD, détention d'une complémentaire)

Merci !