

Dépenses de santé et vieillesse

État des lieux et réflexions prospectives

Brigitte Dormont

Université Paris Dauphine

CES 10 mars 2006

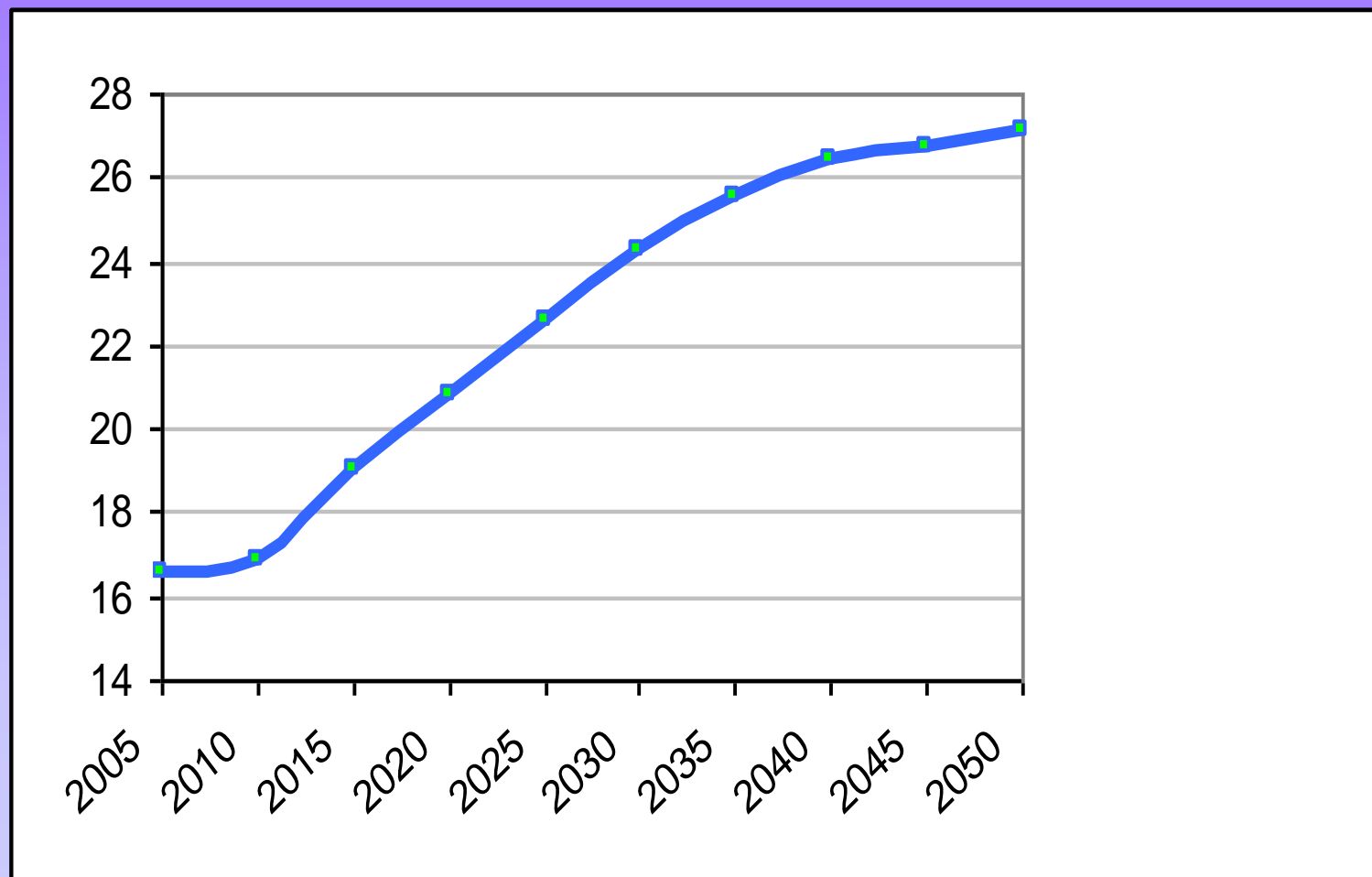
La rhétorique du vieillissement

- Menace : explosion des coûts de la santé liée au vieillissement
- Fonction : faire apparaître le trend comme exogène et inévitable

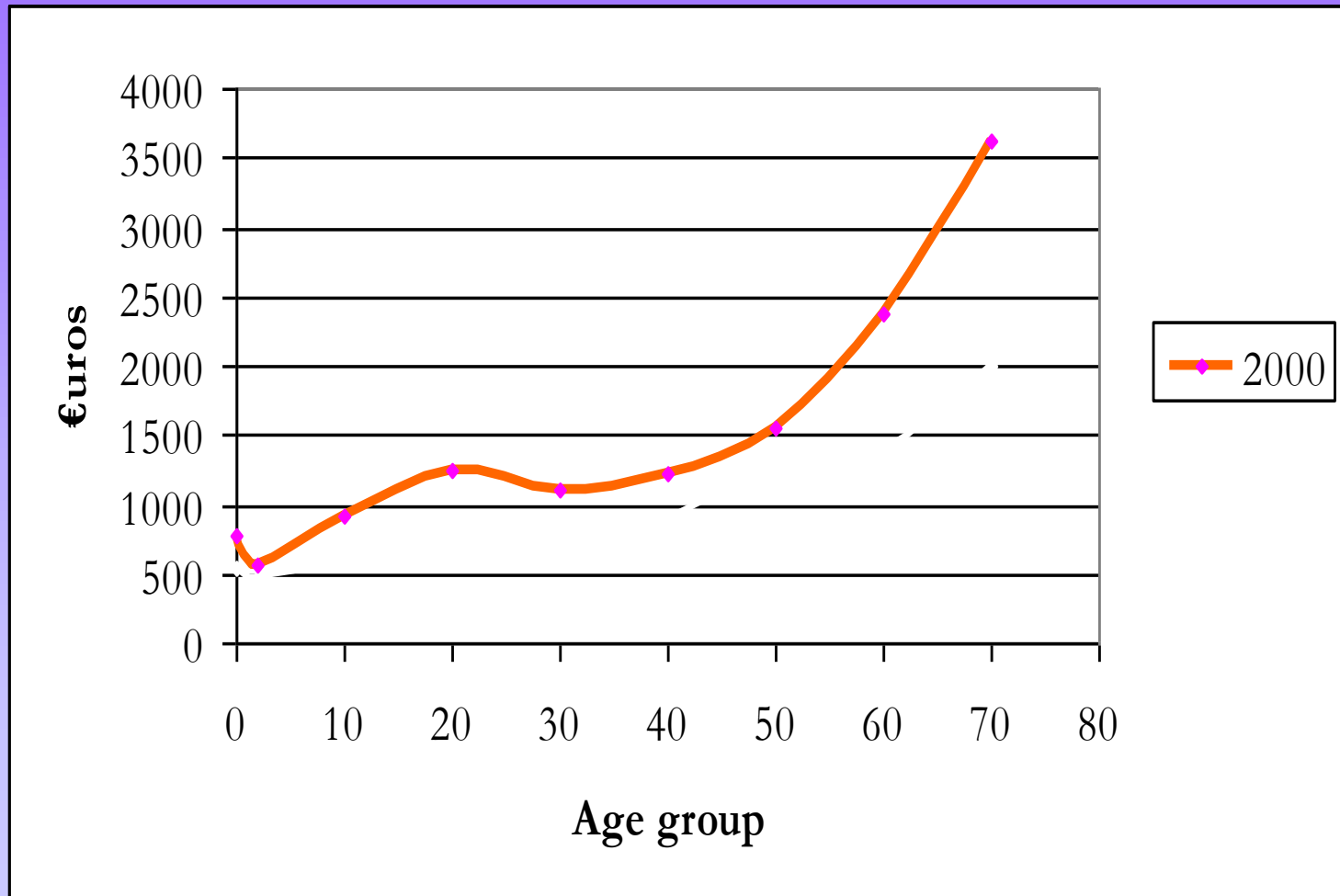
Interprétations contradictoires :

- vendre au public, aux seniors en particulier, l'idée que des sacrifices sont nécessaires sur les dépenses (Northcott, 1994)
- vendre l'idée que les efforts de maîtrise des coûts sont vains (Zweifel, 1999)

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



Profil des dépenses par âge - 2000



Paradoxe

- Prévisions « naïves » de l'évolution des dépenses de santé liée au vieillissement : on applique le profil de dépenses par âge constaté en t aux évolutions prévues de la pyramide des âges entre t et $t+N$.
- Mais l'intuition suggérée par les deux graphiques précédents est contredite par les évaluations macroéconomiques :

Pas d'influence significative de l'âge (% de 65 ans et +) sur la croissance des dépenses de santé (Getzen (1992) : 20 pays OCDE 1966-88; Gerdtham et al. (1992, 1998) : coupe ou panel de pays OCDE, L'Horty et al. (1997), Bac & Cornilleau (2002), etc.)

Les prévisions

Part des dépenses publiques de santé dans le PIB

- *OCDE (2006)* de 2005 → 2050
 - OCDE : 5.7 % → 9.6 %
 - dont France : 7.0 % → 10.6 %
- *UE (2006)* de 2004 → 2050
 - UE25 : 6.4 % → 7.9 %
 - dont France : 7.7 % → 9.5 %

Questions

- Comment expliquer la non significativité de l'âge dans les résultats macro économétriques ?
- Comment sont faites les prévisions ?
 - Rôle de l'âge et de la morbidité
 - Comment les innovations technologiques sont-elles intégrées ?
- Les dépenses prévues peuvent-elles être financées ?

-1- Age ou proximité de la mort ?

-2- La prise en compte des changements de pratiques

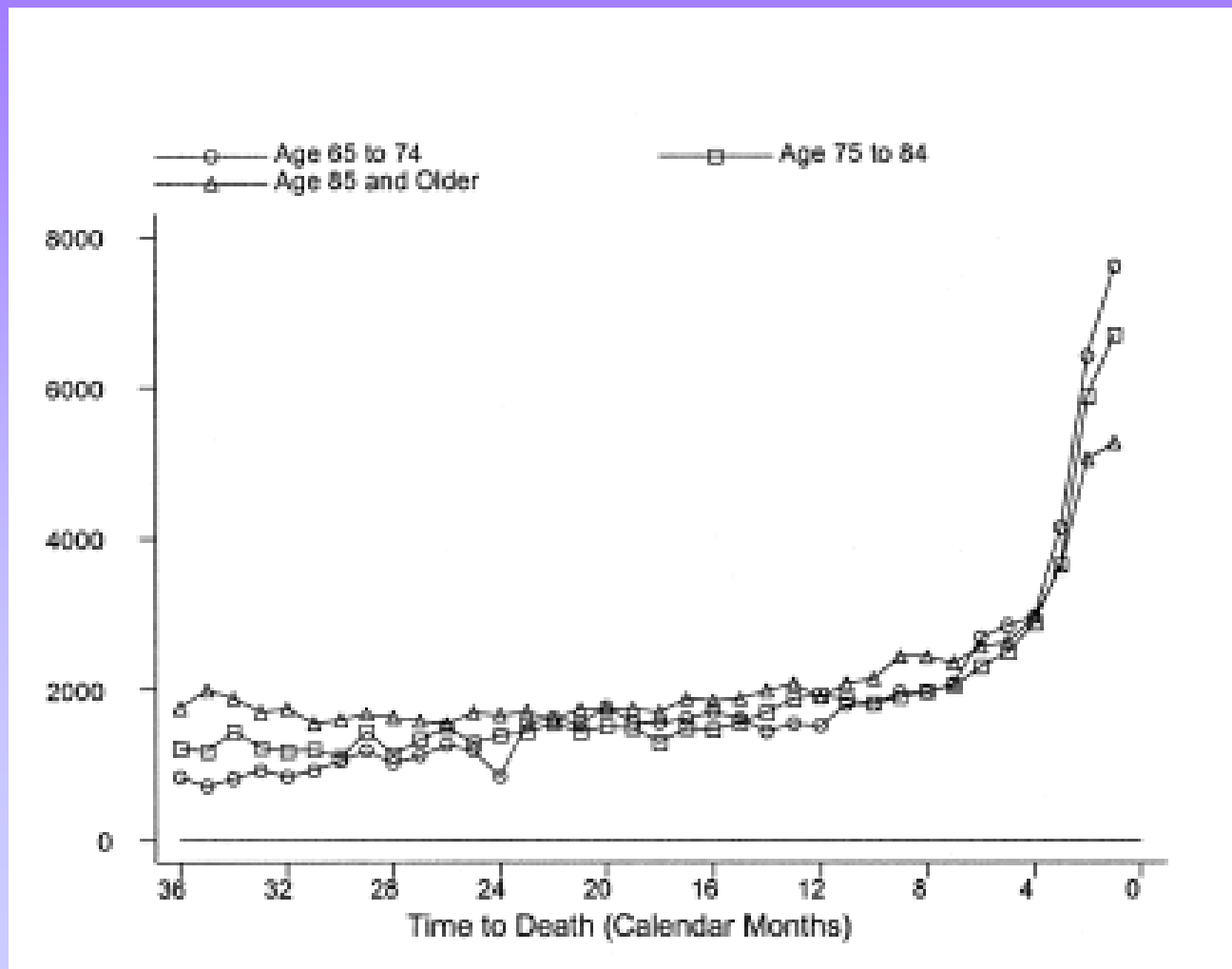
-3- Les dépenses pourront-elles être financées ?

-1- Age ou proximité de la mort ?

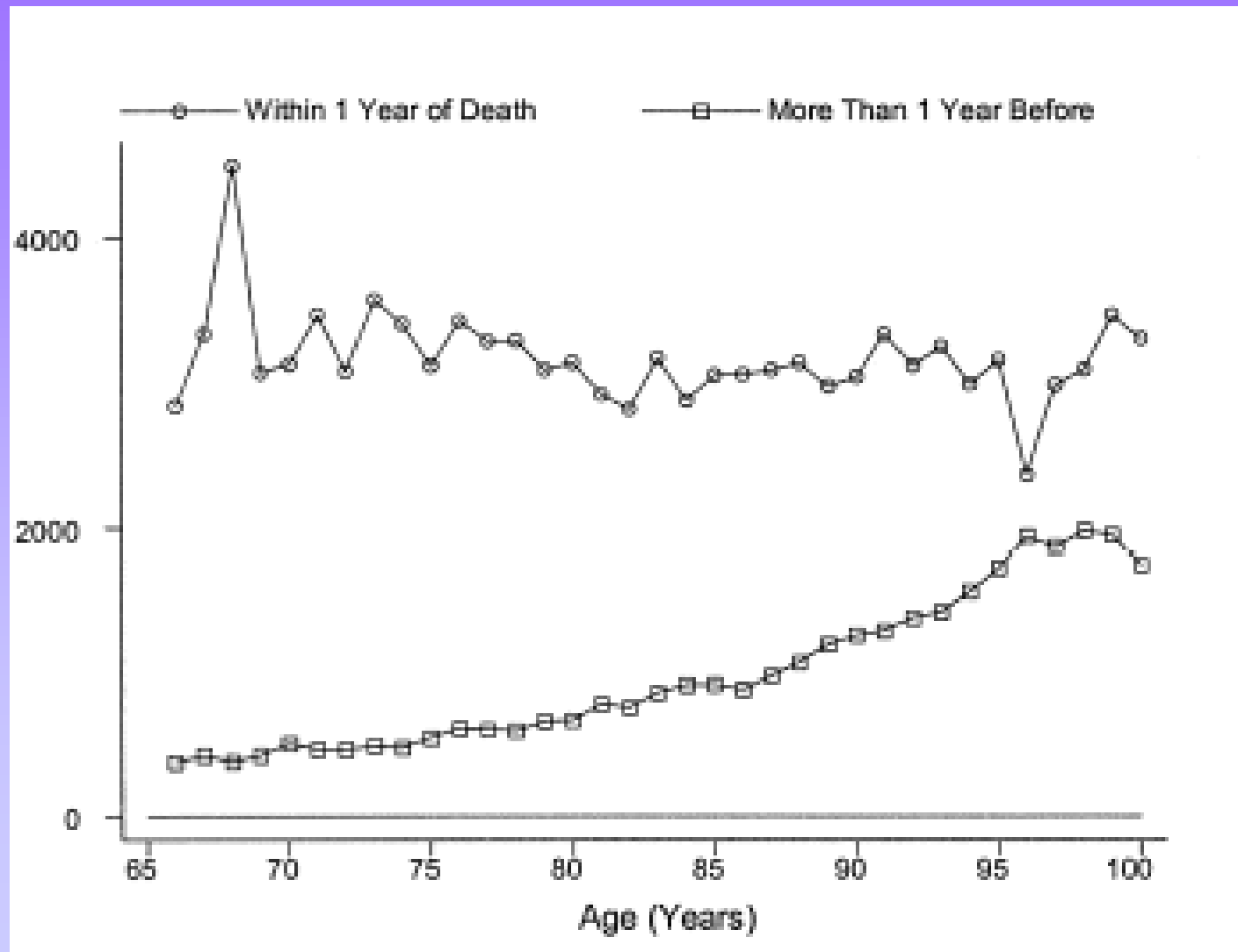
- Idée originale de Lubitz sur données de *Medicare*, développée par Zweifel *et. al* 1999 (données suisses), et par Seshamani & Gray, 2004_{a,b} (données anglaises)
- L'âge en soi : pas ou peu d'influence significative
- C'est la proximité de la mort qui joue
- Coût élevé de la mort (30 % des dépenses de *Medicare*)
- La corrélation transversale âge-dépenses n'est qu'apparente : elle résulte du fait que la probabilité de mourir augmente avec l'âge, joint au coût élevé de la mort
- Ceci expliquerait les résultats macro économétriques

- Approche très éclairante de Yang *et al.* (2003): distinguer les *decedents* et les *survivors*
 - un profil croissant par âge est observé pour les *survivors*
 - Pour les soins de long terme, beaucoup moins de contraste entre les *decedents* et les *survivors* et profil croissant avec l'âge pour les deux

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



Dépenses en fonction de l'âge : *decedents versus survivors*



Age ou proximité de la mort (suite)

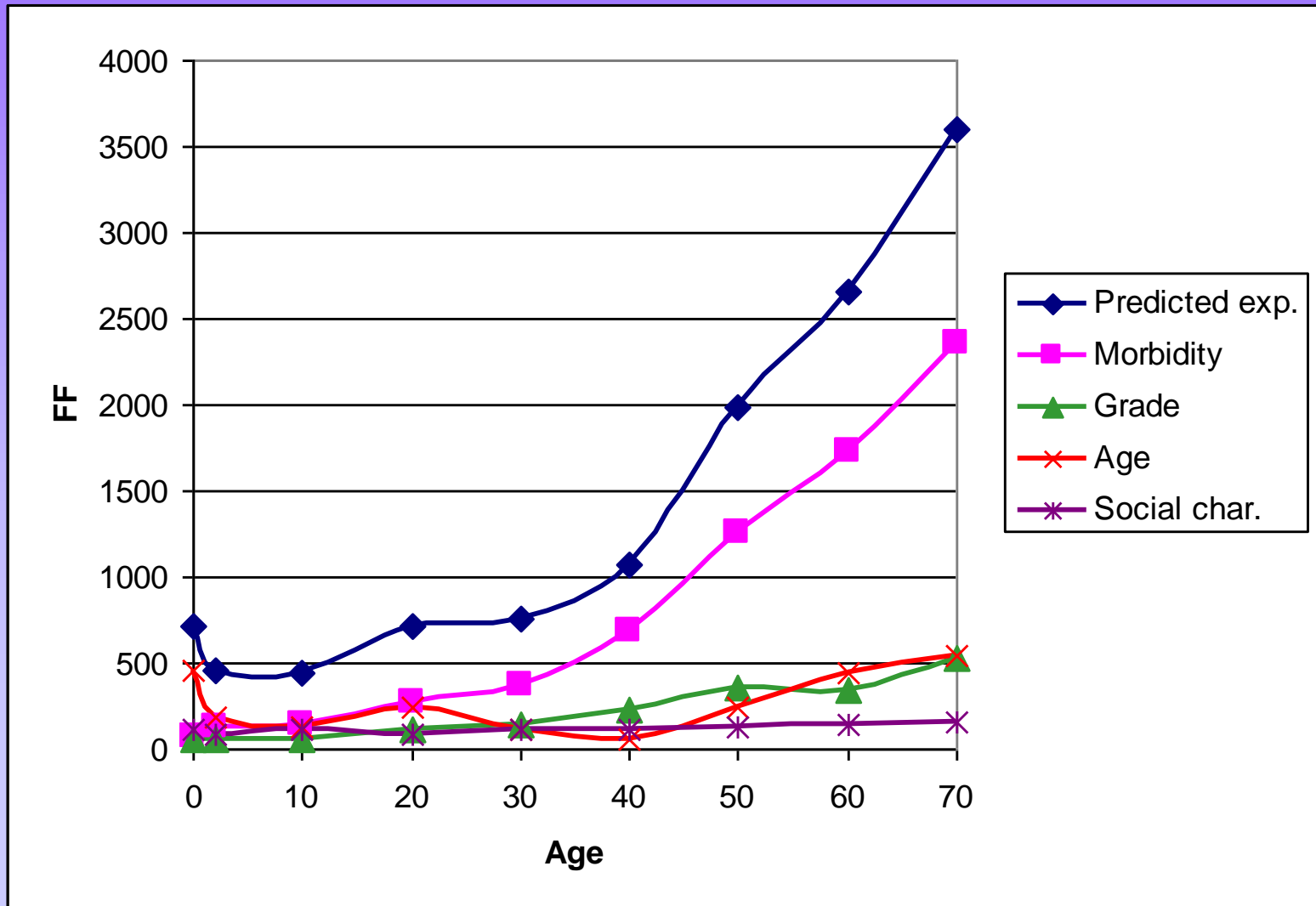
- Débats assez vifs, pour aboutir maintenant à un consensus (même Zweifel) : les deux jouent
- Intégrer la proximité de la mort change beaucoup les prévisions (Miller, 2001; Norton & Stearns, 2004)
 - À l'horizon 2020, surestimation de 15 % des dépenses de *Medicare* si on n'intègre pas la proximité de la mort dans les paramètres de la prévision
 - Retenu dans les prévisions OCDE et UE.

Age ou proximité de la mort

Deux remarques

- **Remarque 1** : Le rôle de la proximité de la mort est lié celui de la morbidité
- **Remarque 2** : prévisions faites à niveau de technologie donnée

Remarque 1 : C'est la morbidité (et non l'âge) qui explique le profil des dépenses



C'est la morbidité et non l'âge qui explique les profil des dépenses

- La proximité de la mort est un indicateur de la morbidité
- D'où la révision à la baisse obtenue pour les projections
- Nombreux débats sur la façon dont évolue la morbidité
 - Compression/expansion (Polton & Sermet, 2006)
 - Déformation du profil
 - Difficile de faire de la prospective:
 - les maladies sont identifiées avec l'offre de soins nouveaux
 - Les besoins évoluent avec l'offre technologique

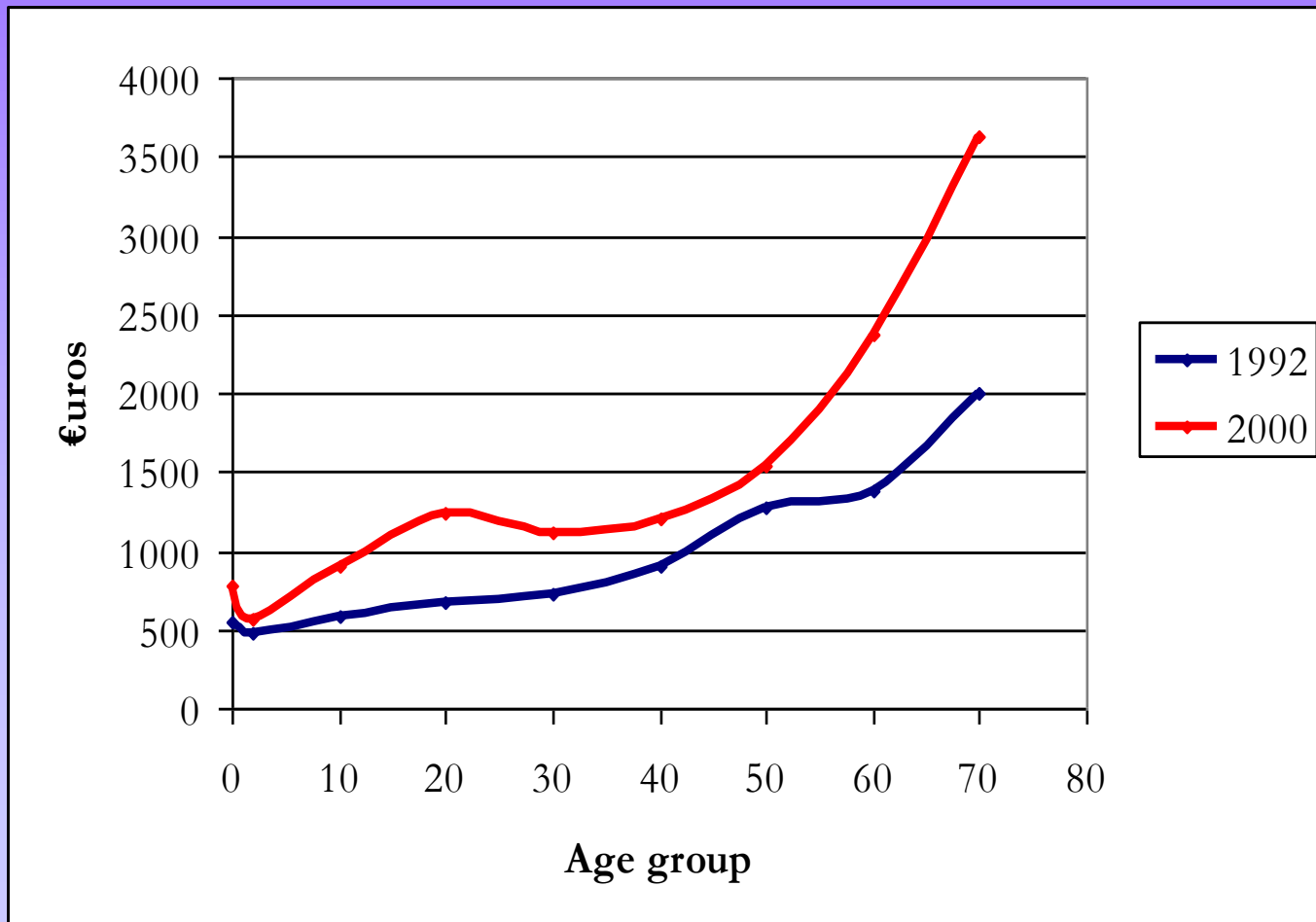
- **Remarque 2 :**

dans ces études, les prévisions sont faites à niveau de technologie donnée

-2- La prise en compte des changements de pratiques

- Analyse rétrospective pour la France 1992-2000 (Dormont-Huber, 2005 ; Dormont-Grignon-Huber, 2005)
- Analyses prospectives :
 - Les prévisions macroéconomiques (Cutler, 2003 ; UE, 2006 ; OCDE, 2006)
 - Les prévisions par le modèle de micro simulation *Future Elderly Model* (FEM) mis au point par la *Rand* (HA, 2005 ; Goldman *et al.* 2005; Lubitz, 2005 ; Cutler, 2005)

Déplacement du profil entre 1992 et 2000



Décomposition rétrospective de l'évolution des dépenses en France, 1992-2000

Variation 1992-2000 (%)	
	65,41
Dont changements démographiques	6,35
évolution de la structure par âge	3,37
évolution de la taille de la population	2,98
Dont changements dus à l'évolution de la morbidité	-12,01
Dont changements de pratiques à morbidité donnée :	27,03

Conclusions de l'analyse rétrospective

1) Il y a une question d'ordre de grandeur

- Le vieillissement n'explique qu'une faible part de la progression des dépenses de soins
- Les changements de pratiques expliquent l'essentiel de la progression des dépenses
- Ces différences de magnitude des impacts expliquent les résultats macro économiques

2) L'évolution de la morbidité a un effet négatif sur la progression des dépenses

Cet effet négatif est suffisant pour annuler (et au-delà) les effets du vieillissement

Les prévisions macroéconomiques

- Intégration des changements technologiques (pt) dans les prévisions : hyp. de croissance des dépenses de santé supérieure de 1 point à celle du revenu
- L'intégration du pt a un impact important sur les prévisions
- Les facteurs de croissance les plus importants sont de loin les facteurs non démographiques : progrès technique, prix relatifs
- Le vieillissement a quand même beaucoup plus de poids que dans les analyses rétrospectives

Les prévisions macro. (suite)

- **OCDE (2006) : fort impact du pt sur les prévisions :**
 - Variation de la part des dép. publiques de santé dans le PIB
OCDE 2005-2050 : + **2.0 % sans pt** → **+3.9 % avec pt**
France 2005-2050 : + **1.7 % sans pt** → **+3.6 % avec pt**
- **UE25 (2006) : pas de pt, sauf timidement dans une variante**
 - Variation de la part des dép. pub. de santé dans le PIB
UE25 2004-2050 : + **1.6 %**
France 2004-2050 : + **1.8 %**

Prévisions par micro simulation

Le Future Elderly Model

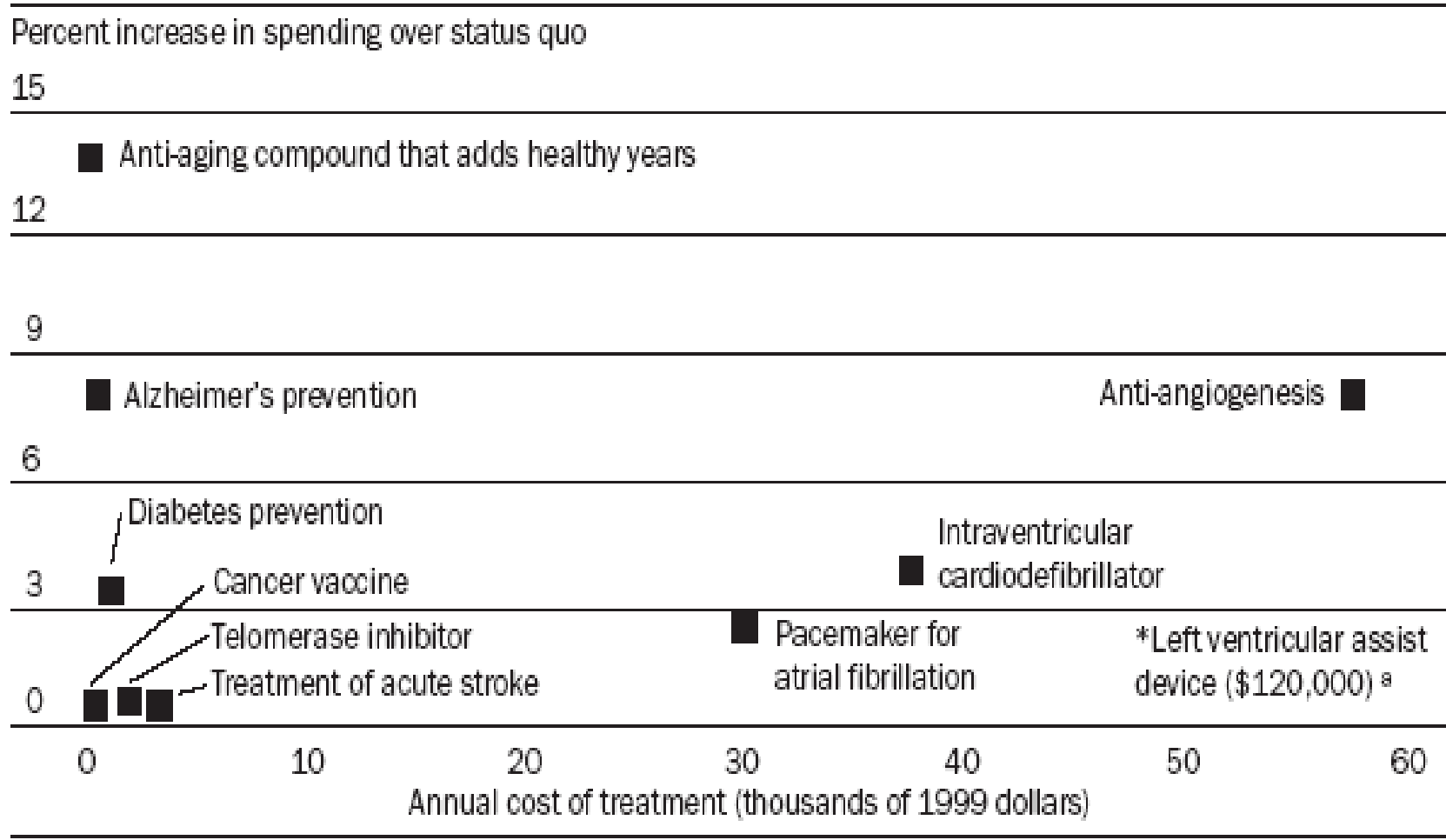
- Modèle mis au point par la *RAND*
- Cohortes de 100 000 bénéficiaires de *Medicare* (MCBS 1992-1999)
- Simulation des trajectoires de vie, de pathologies chroniques et de handicaps
- Possibilité d'évaluer l'impact futur des innovations potentielles

Prévisions par micro simulations

- Amélioration : prend en compte plus complètement l'effet des performances sanitaires sur la taille de la population et les dépenses ultérieures
- Conséquence 1: les hypothèses sur l'état de santé ont peu d'effet sur les dépenses prévues → tout gain en moindre morbidité est compensé par une vie plus longue et des dépenses sur une plus longue période
 - Les hypothèses de « healthy ageing » avaient beaucoup plus d'impact sur les prévisions macro économiques
- Conséquence 2 : pessimiste sur l'effet du pt → le coût associé à un nouveau traitement est directement lié au gain en espérance de vie
 - Résultats différents des approches standard en termes de coût/efficacité

Les innovations

Coût annuel / Coût à l'horizon 2030



Commentaire (noir) de Lubitz

- Toute innovation technologique a un coût
- Ce coût dépasse toujours les économies dues à une meilleure santé
- Il n'y a pas de relation entre le traitement annuel par personne et l'impact de l'innovation sur les dépenses totales
- Le chiffrage issu d'une analyse coût efficacité n'a pas de relation avec l'impact total sur les dépenses

-3- Les dépenses pourront-elles être financées ?

- Alarme profondément liée à la distinction
 - âge calendaire (« nominal ») : institutions, participation au marché du travail et donc au financement
 - âge réel (santé, capacités)
- Le marché du travail devrait évoluer
- Poids politique des « seniors » :
 - biais vers des décisions en faveur d'un accroissement de la part des dépenses consacrée à la santé (contre assurance maternité, par exemple, Knüssel, 2006, Zweifel et Steinmann, 2002)
- *Medical saving accounts*

Les dépenses pourront-elles être financées ? (suite)

- . La part des dépenses de santé dans le PIB va augmenter...
 - ...mais la taille du gâteau augmente
- Cutler (2003) : dans toutes les hypothèses, on prévoit une croissance positive de la consommation des ménages **hors santé**
 - Pour la période 2000-2050 :
 - si différentiel dû au pt = + 1% cons. hors santé = + 150 %
 - si différentiel dû au pt = + 2% cons. hors santé = + 100 %
- Cette dépense est soutenable → ne signifie pas qu'il faille retenir cette orientation
- Cela dépend des arbitrages collectifs

Les enjeux du financement

- Ne pas appréhender les soins seulement du point de vue des coûts : effets positifs sur l'allongement de la vie et la morbidité
- Ne pas induire de rationnement touchant à des dimensions importantes des soins
- Dégager quand même des marges de manœuvre pour les innovations
- Le progrès technique n'est pas exogène : son orientation est en rapport avec le système de financement (Weisbrod, 1991)
 - tarification par pathologie, paiement à l'acte, capitation
- Risque de développement des inégalités

La question des besoins

- Demande révélée : l'identification des besoins n'est pas exogène.
- Les besoins sont repérés en rapport avec l'offre de soins et les possibilités ouvertes par les innovations :
 - cardiaque, cataracte
 - Alzheimer (Le Pen, 2005)
- Potentiellement, la demande est infinie
 - courant anti-vieillissement en gérontologie : le vieillissement est conçu comme pathologique en soi (Hummel, 2006).
 - *American Academy of Anti-Aging Medicine (A⁴M)* : les troubles liés à l'âge ont pour cause des dysfonctionnements physiologiques qui peuvent être traités par la médecine
- Orientation des innovations et mode de financement

Conclusion

- Les dépenses de santé vont croître fortement
- Très majoritairement lié aux innovations technologiques
- Peut être financé
- Organisation souhaitable pour le financement :
 - Augmenter la durée d'activité (base de financement)
 - Faire évoluer le panier de soins couverts par la sécurité sociale pour permettre la diffusion des innovations
 - Utiliser pour les arbitrages des évaluations plus complètes que celles fournies par les analyses coûts efficacité
- Il faut faire évoluer les indicateurs pour intégrer dans les évaluations l'augmentation du bien-être liée aux performances sanitaires

Fin