

La soutenabilité des dépenses de santé

Philippe Burnel
Professeur associé MoMa

Définition

- la soutenabilité « désigne la capacité d'un système à répondre aux besoins du présent sans compromettre la possibilité pour les générations futures de répondre aux leurs ». D. POLTON (2008).
- Deux éléments:
 - Le système doit répondre aux besoins
 - Conserver cette capacité dans le temps

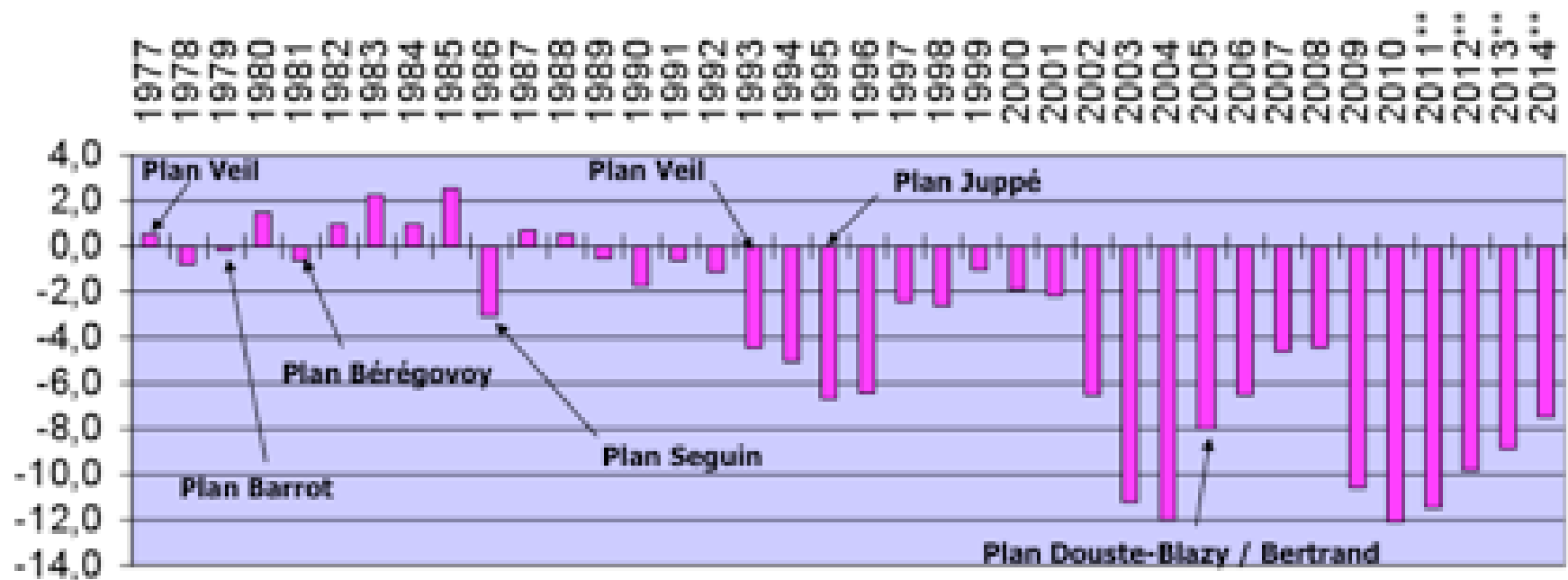
Pourquoi cette question se pose-t-elle à nos sociétés?

- Parce que les dépenses de santé augmentent de façon continue
- Et que leur financement est assuré de façon collective

Un déficit quasi-structurel

Evolution du solde de l'assurance maladie depuis 1977

■ solde de la branche maladie du régime général, en milliards d'€

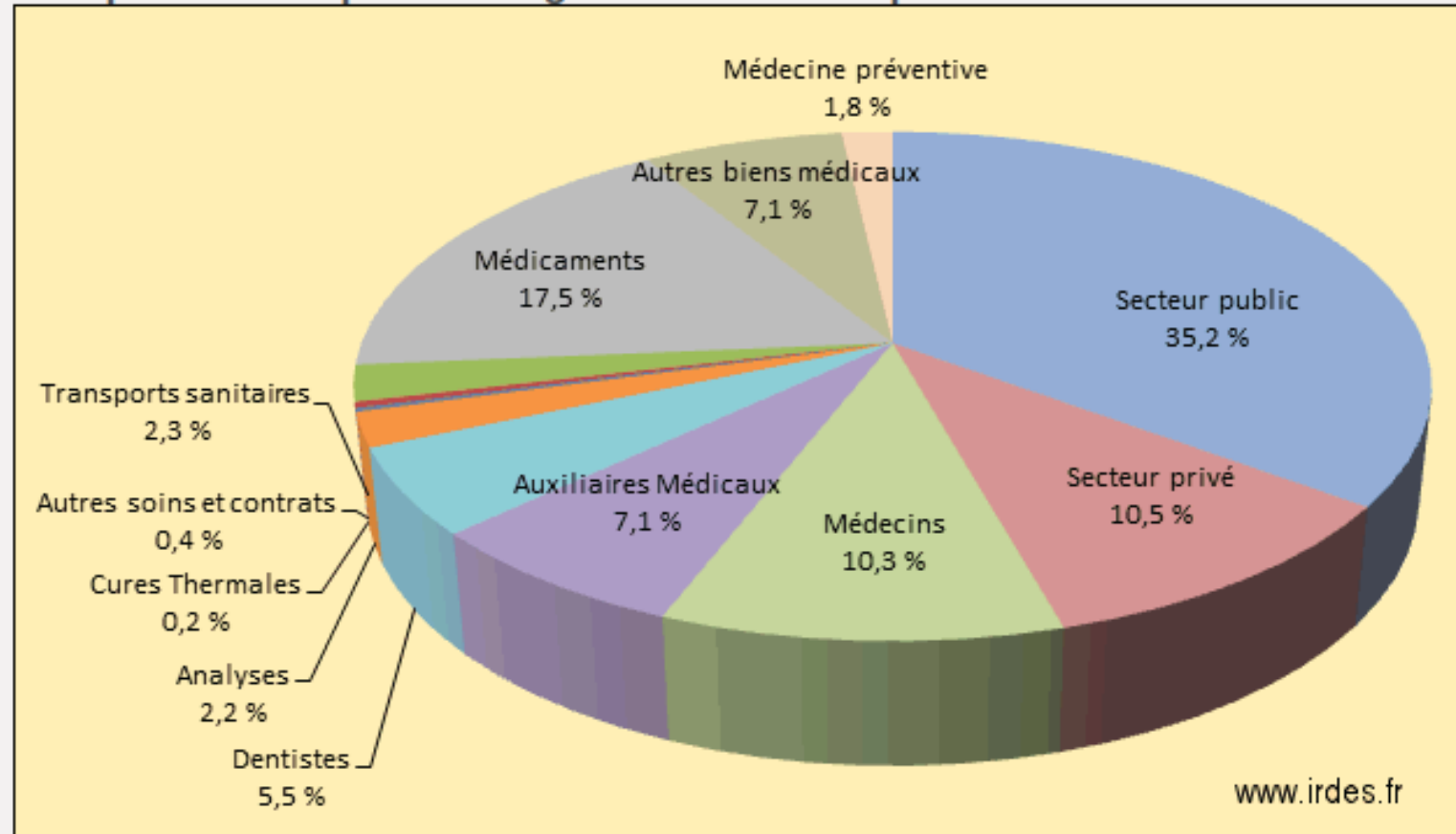


I. La croissance des dépenses

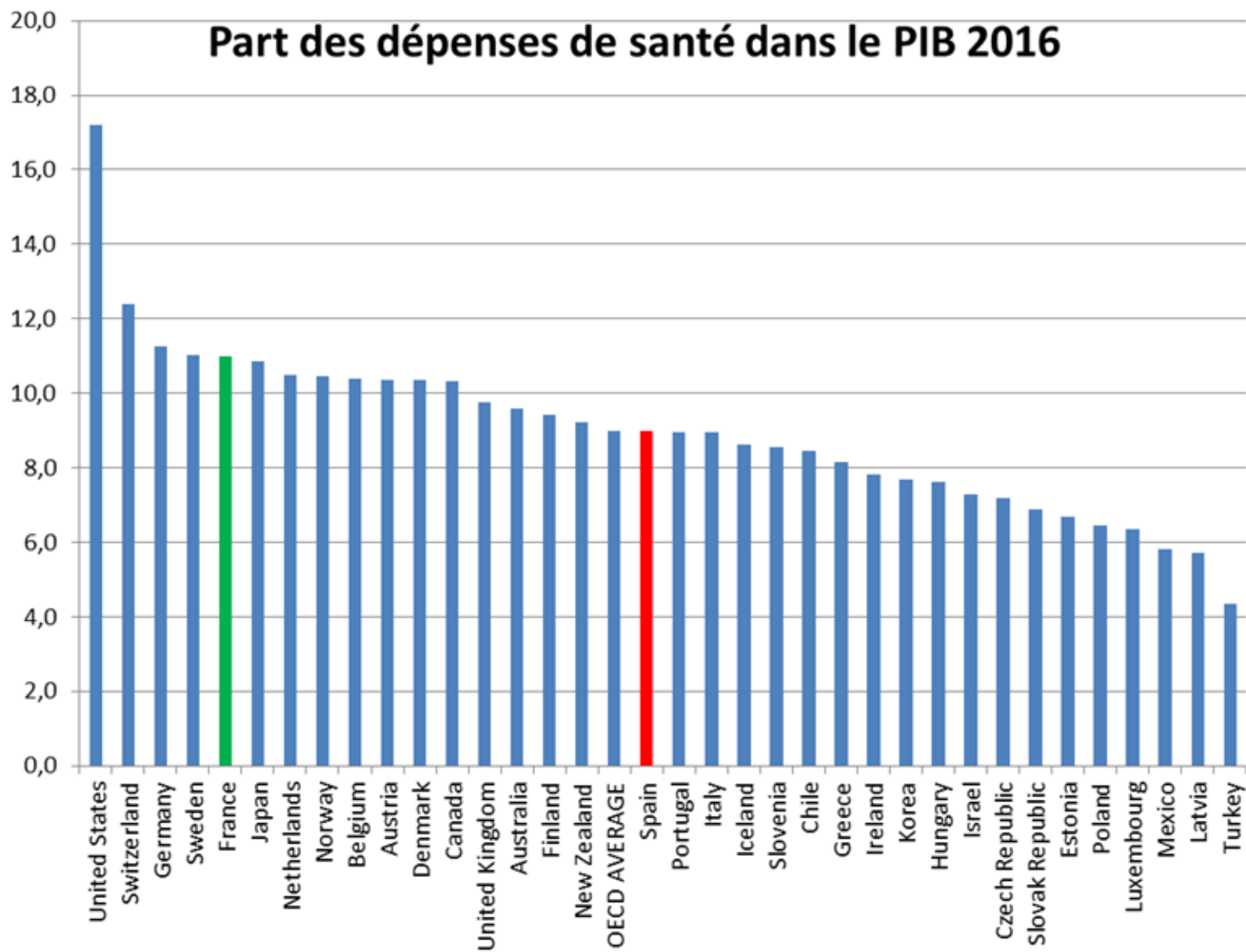
Dépenses par poste

2950 €/an/français (2014)

Composition en pourcentage des différents postes de la CMT en 2014 [🔗](#)



Part des dépenses de santé dans le PIB 2016



La croissance continue des dépenses de santé

Pays	1960	2006	Variation
France	3,8	11,1	+ 7,3
Allemagne*	6	10,6	+ 4,6
Royaume-Uni	3,9	8,4	+ 4,5
Suisse	4,9	11,3	+ 6,4
États-Unis	5,1	15,3	+ 10,2
Japon**	3	8,2	+ 5,2

Source : Éco-santé OCDE, 2008.

*Allemagne : 1970-2006. **Japon : 1960-2005.

En quoi le financement collectif constitue une limite?

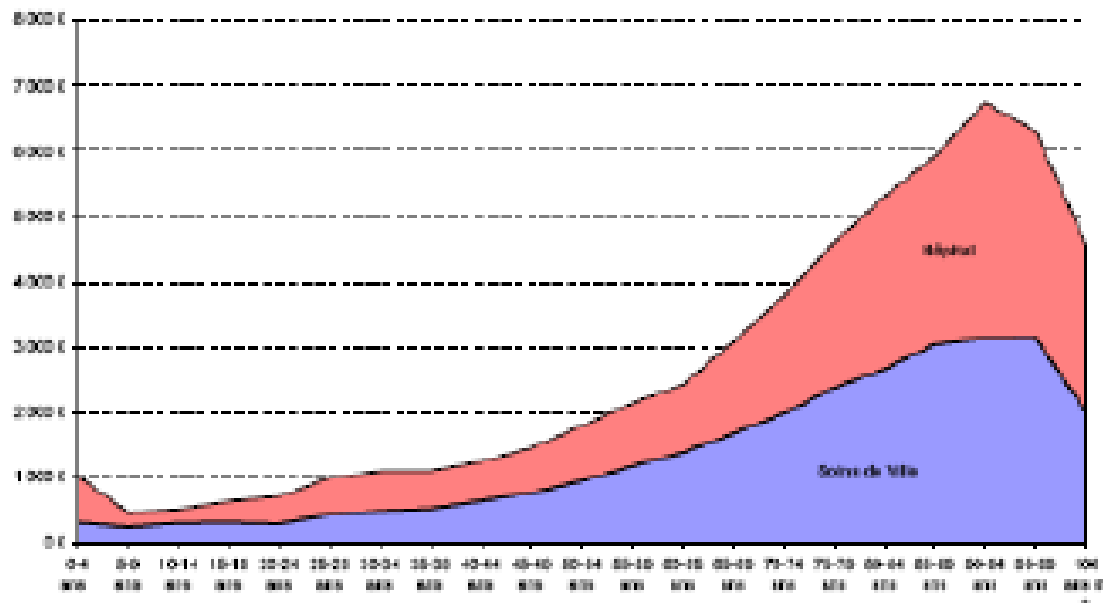
- les limites du consentement à l'impôt qui se traduit par la résistance (tentatives d'échappement pouvant aller jusqu'à l'exil fiscal) ou à tout le moins le mécontentement des électeurs soumis à une hausse des prélèvements qui pèsent sur eux ;
- l'extension corrélatrice du champ des choix collectifs aux dépens des choix individuels fondés sur les préférences de chaque citoyen ;
- les impacts en termes de compétitivité dans une économie ouverte dès lors que le financement est assis en grande partie sur les entreprises et intégré dans leurs coûts de production.

Pourquoi les dépenses augmentent-elles de façon continue?

- L'accroissement de la population?
- Le vieillissement de la population?
- Le progrès médical?
- Les gaspillages?
- L'acharnement thérapeutique?
- ...?

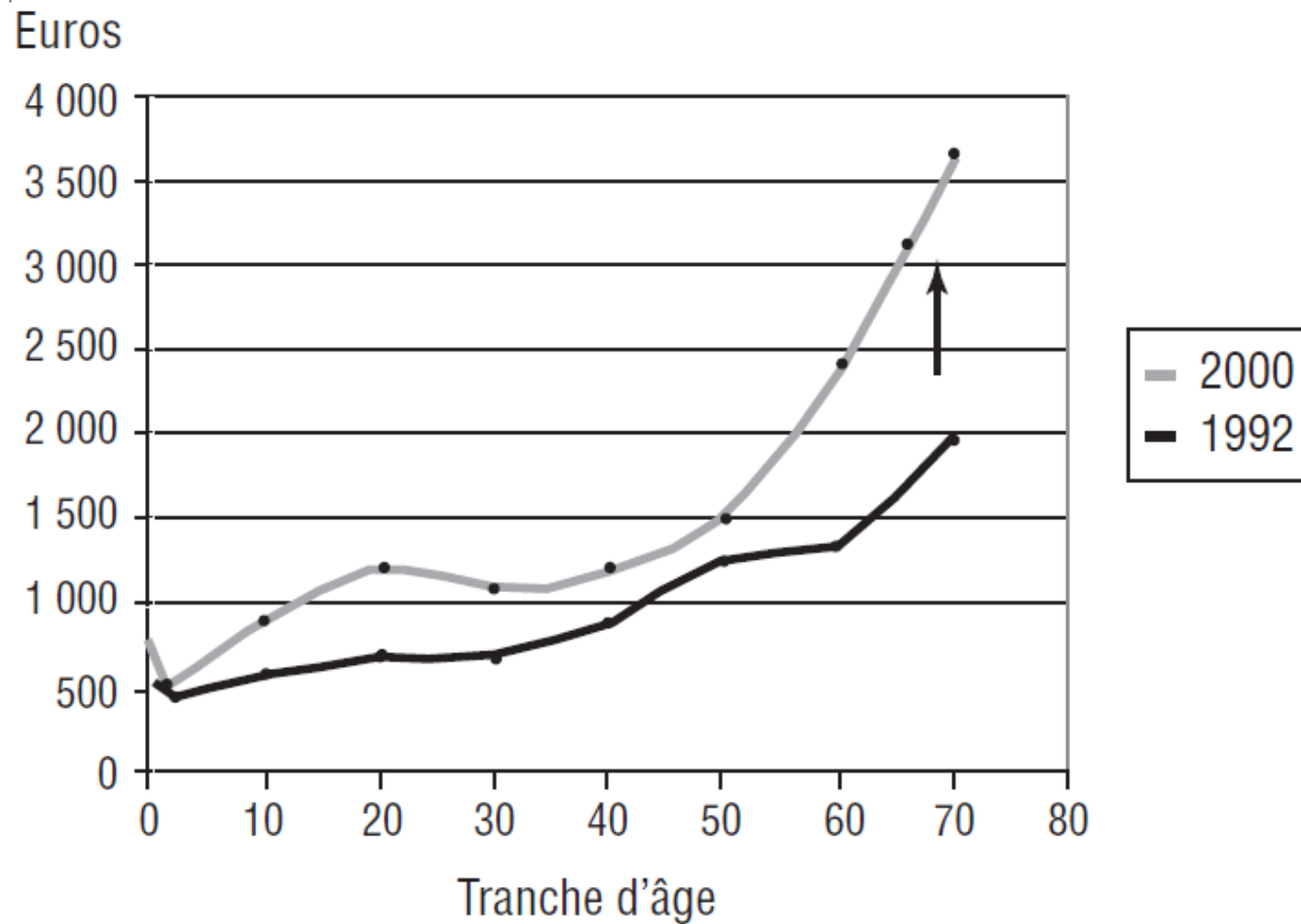
Ne pas confondre effet du vieillissement des personnes et des populations

Dépense moyenne remboursée par tranche d'âge en 2008



Sources : CNAMTS, EGB 2008 ; PMSI MCO 2008, PMSI HAD 2008, RIM P 2008 et PMSI SSR 2008 ; Insee, estimations de population. Retraitements : secrétariat général du HCAAM (voir avis du HCAAM d'avril 2010)

Le progrès technique est le facteur principal



Source : DORMONT Brigitte. Vieillesse et dépenses de santé In : La mondialisation de la recherche : Compétition, coopérations, restructurations [en ligne]. Paris : Collège de France, 2011 (généré le 25 juin 2017). Disponible sur Internet : <http://books.openedition.org/cdf/1551>. ISBN : 9782722601406. DOI : 10.4000/books.cdf.1551.

Le faible impact du vieillissement de la population

- 0,3%/ an selon le HCAAM
- 3% sur la période **1992-2000** due au vieillissement, alors que la hausse des dépenses de santé a été au total de 54%. (Br. DORMONT)
- Le vieillissement de la population est un phénomène lent: l'âge moyen s'est accru de 1,7 an pour les hommes (de 38,1 à 39,8) et de 1,5 pour les femmes (de 41,1 à 42,6) en 10 ans entre 2007 et 2017.
- 3% au titre de la croissance démographique

L'impact de la proximité du décès plus important que l'âge (1)

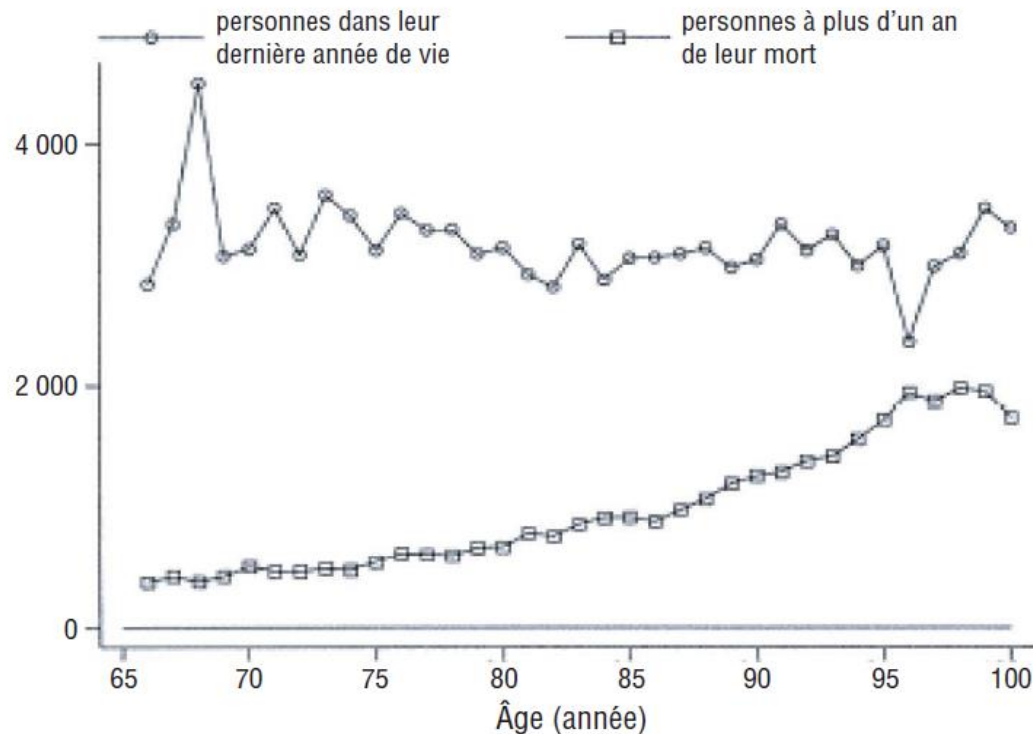


Figure 9 – Dépenses mensuelles de santé (\$ base 1998) en fonction de l'âge, en distinguant ceux qui décèdent dans l'année (courbe du haut) et ceux qui ne décèdent pas dans l'année (courbe du bas).

Source : Yang, Norton et Stearns [45].

L'impact de la proximité du décès plus important que l'âge (2)

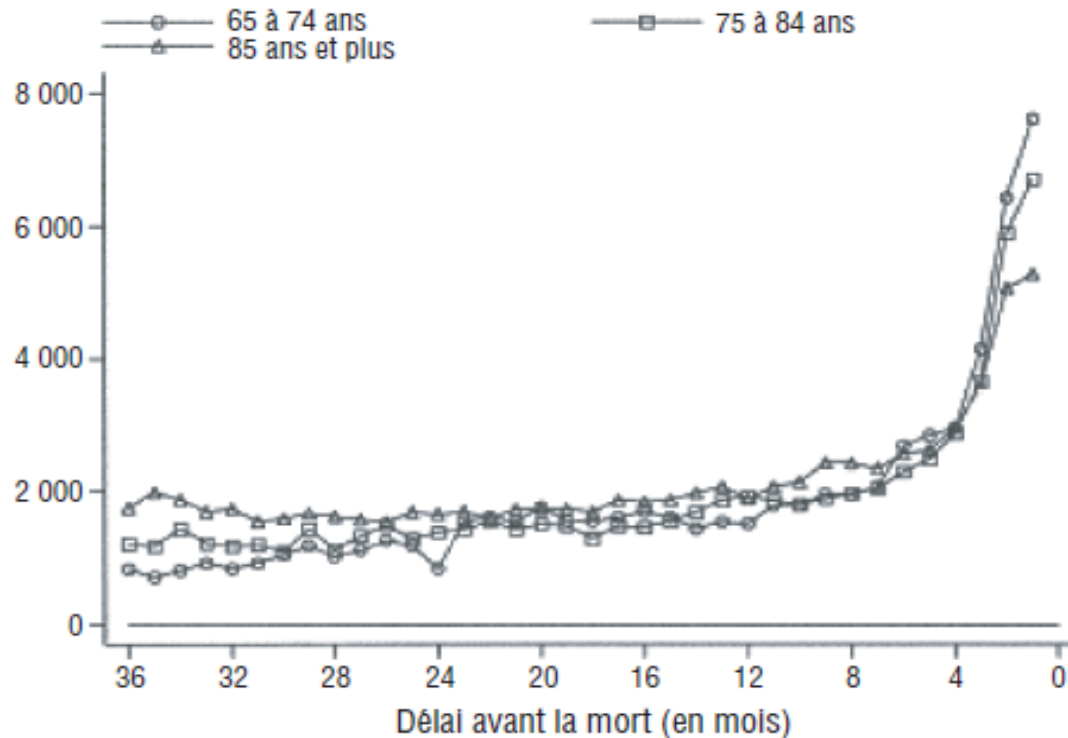


Figure 8 – Dépenses mensuelles de santé (\$ base 1998) par groupe d'âge en fonction de la proximité de la mort (mesurée en mois de 36 à 0).

Source : Yang, Norton et Stearns [45].

Un effet inhabituel du progrès technique

- Pourquoi pas d'effet de réduction des coûts comme dans d'autres secteurs économiques?
- Il existe des innovations qui réduisent les coûts
- Mais d'autres facteurs interviennent:
 - L'extension des indications;
 - La chronicisation des maladies;
 - La vie reste une maladie mortelle (tout progrès qui allonge durée de vie accroît les dépenses futures)....

Des innovations qui réduisent les coûts

- Antibiotiques versus sanatoriums;
- Antiulcéreux versus chirurgie viscérale d'urgence;
- La prise en charge de l'IRC :
 - 89 000 euros pour l'hémodialyse
 - 64 000 euros pour la dialyse péritonéale
 - 86 000 euros l'année de la greffe, et 20 000 euros les années suivantes pour la transplantation

L'extension des indications

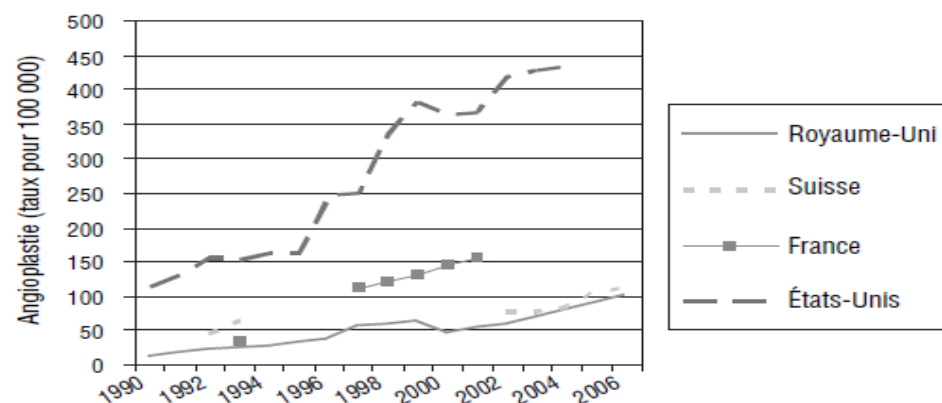


Figure 11 – Angioplastie (taux pour 100 000).

Source : Éco-santé, OCDE ; IRDES, 2008.

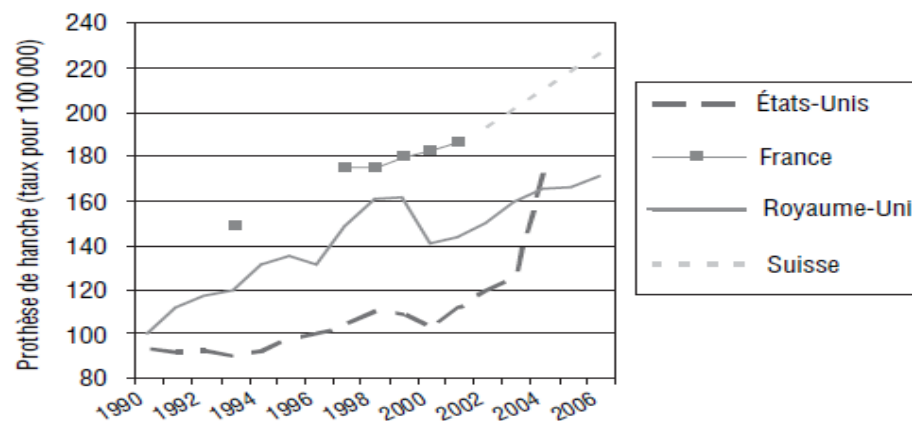
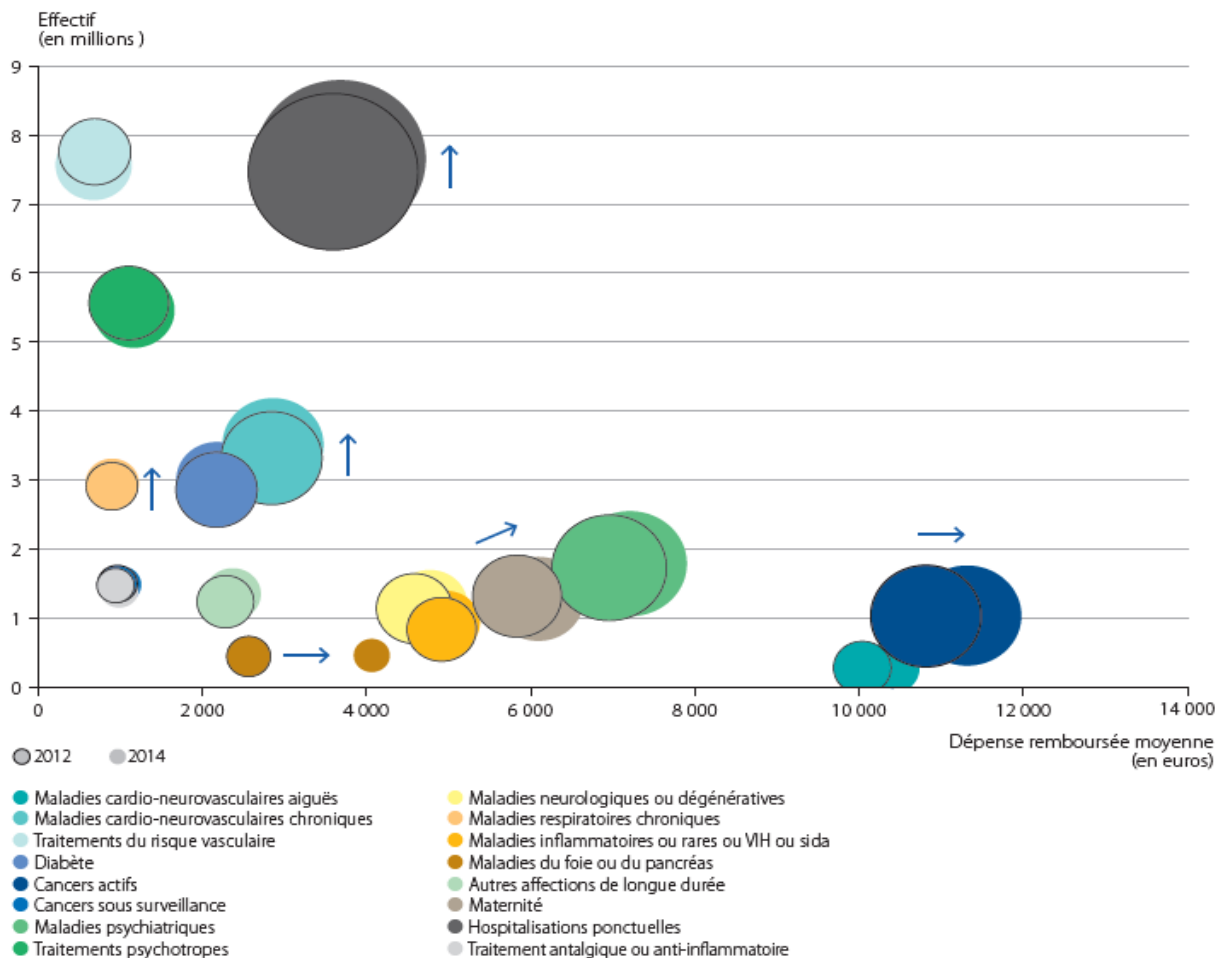


Figure 12 – Prothèse de hanche (taux pour 100 000).

Source : Éco-santé, OCDE ; IRDES, 2008.

L'impact des maladies chroniques

Évolution des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2014, par groupe de pathologies^(a)



(a) Hors insuffisance rénale chronique terminale

Champ : régime général - France entière

Source : Cnamts (cartographie 2014)

Un impact majeur sur la croissance des dépenses

Croissance des dépenses remboursées des personnes en ALD et hors ALD
régime général

	ALD	hors ALD	Ensemble des assurés
2005-2006	4,9%	0,4%	3,1%
2006-2007	5,6%	2,0%	4,1%
2007-2008	4,5%	1,8%	3,4%
2008-2009	6,5%	0,5%	4,1%
2009-2010	4,9%	0,7%	3,3%

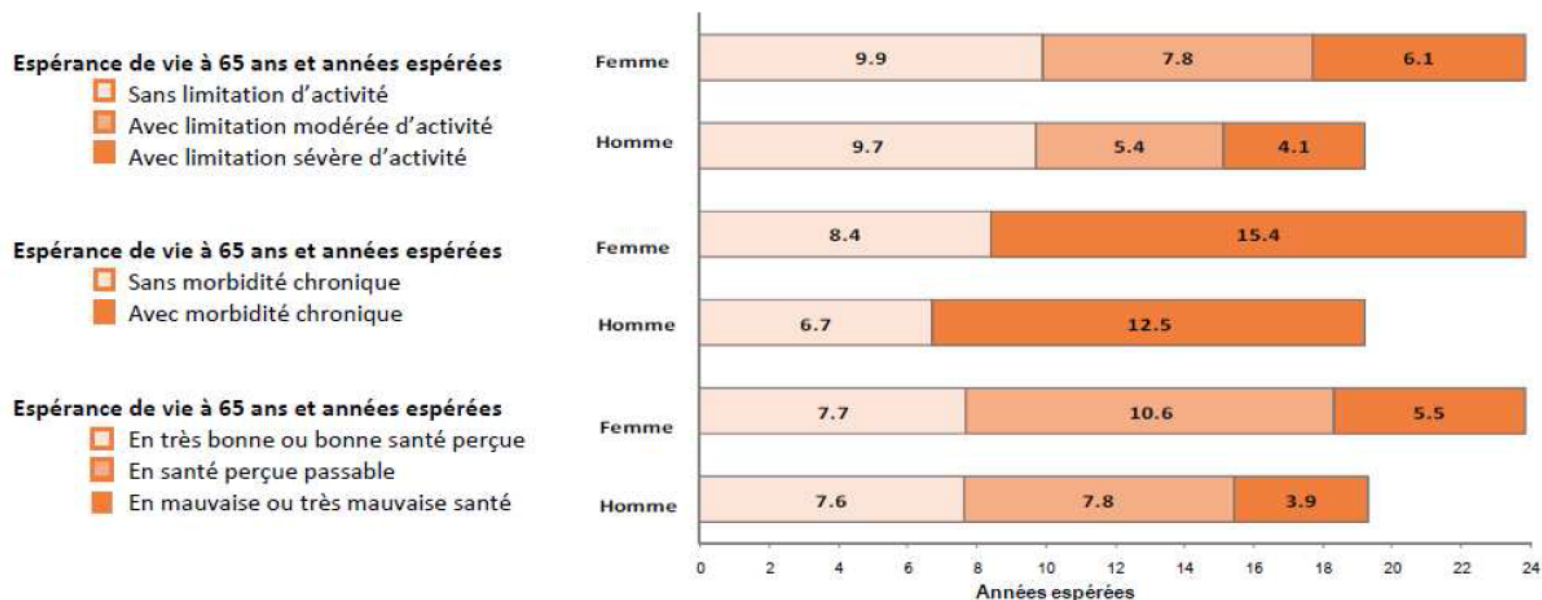
Source : CNA-MTS, (réf. interne : base 365)

Note : rupture de série de 2008 liée à un changement de méthodologie d'estimation des dépenses. Les évolutions ont été révisées par rapport à l'édition précédente

Les gains d'espérance de vie mais pas en totalité en bonne santé (1)

Espérance de vie à 65 ans avec et sans limitations d'activité, avec et sans maladies chroniques et selon la santé perçue, par sexe en 2011

Espérances de vie à 65 ans avec et sans limitations d'activité (EVSI), avec et sans maladies chroniques et selon la santé perçue en France (Données de santé de SILC 2011)



Source : SILC 2011 (enquête en population générale, hors institutions et EHPAD) – EHLEIS <http://www.eurohex.eu>

Les gains d'espérance de vie mais pas en totalité en bonne santé (2)

Espérance de vie avec et sans incapacité à 65 ans par sexe

Femmes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
EV	22,1	22,0	22,7	23,0	23,0	23,2	23,4	23,8
EVSI	10,0	9,6	9,6	9,9	10,1	9,5	9,8	9,9
%EVSI/EV	45%	44%	42%	43%	44%	41%	42%	42%

Hommes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
EV	17,7	17,7	18,2	18,4	18,5	18,7	18,9	19,2
EVSI	8,5	8,5	8,7	8,9	8,7	9,0	9,0	9,7
%EVSI/EV	48%	48%	48%	48%	47%	48%	48%	51%

Une analyse par maladie

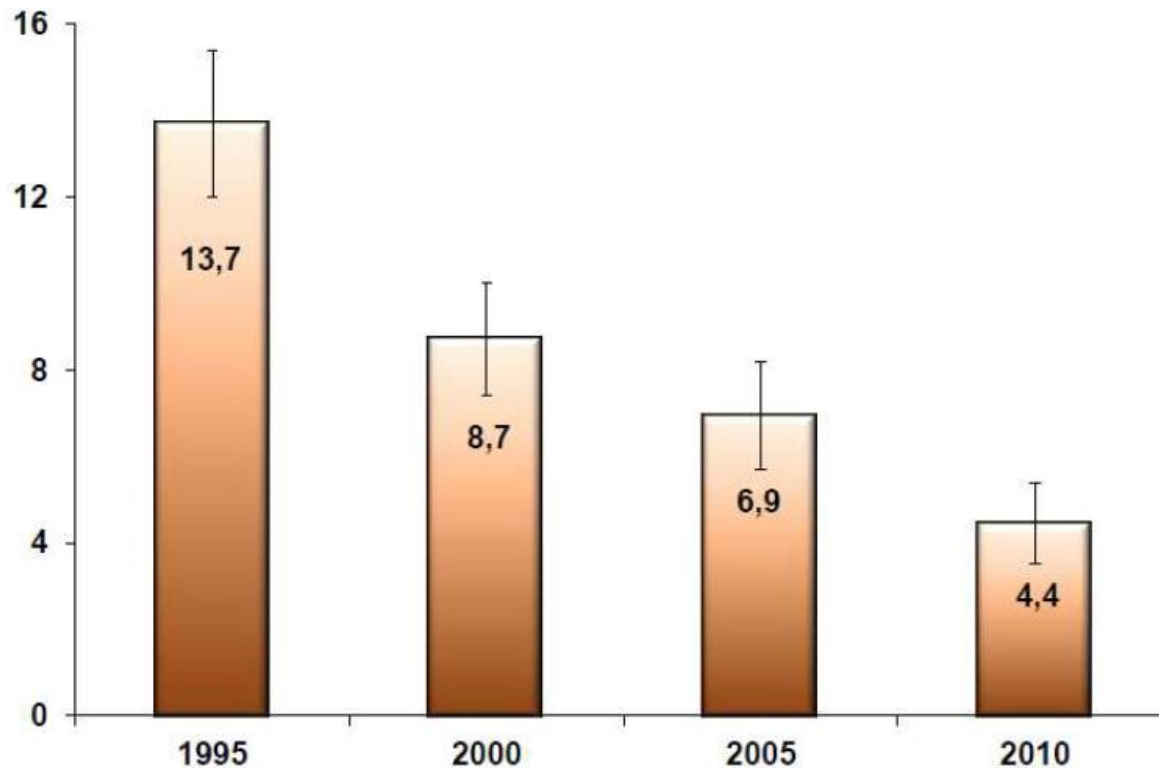
Contribution des causes de décès aux différences d'espérance de vie à la naissance entre 1988-1990 et 2008-2010

Groupe de causes de décès	Hommes		Femmes	
	Différence en années	Différence en %	Différence en années	Différence en %
Maladies infectieuses et parasitaires	– 0,18	3	– 0,04	1
Tumeurs	– 1,28	24	– 0,44	12
Maladies de l'appareil circulatoire	– 1,80	34	– 1,94	51
Maladies de l'appareil respiratoire	– 0,37	7	– 0,28	7
Maladies de l'appareil digestif	– 0,33	6	– 0,29	8
Autres maladies	– 0,29	6	– 0,19	5
Morts violentes	– 1,03	19	– 0,61	16
Toutes causes	– 5,29	100	– 3,79	100
Source : calculs des auteur-e-s à partir des données de l'Insee et du CepiDc-Inserm.				

Source : INED⁸

L'exemple de la cardiologie

Infarctus avec sus-décalage : évolution du taux de mortalité à 30 jours



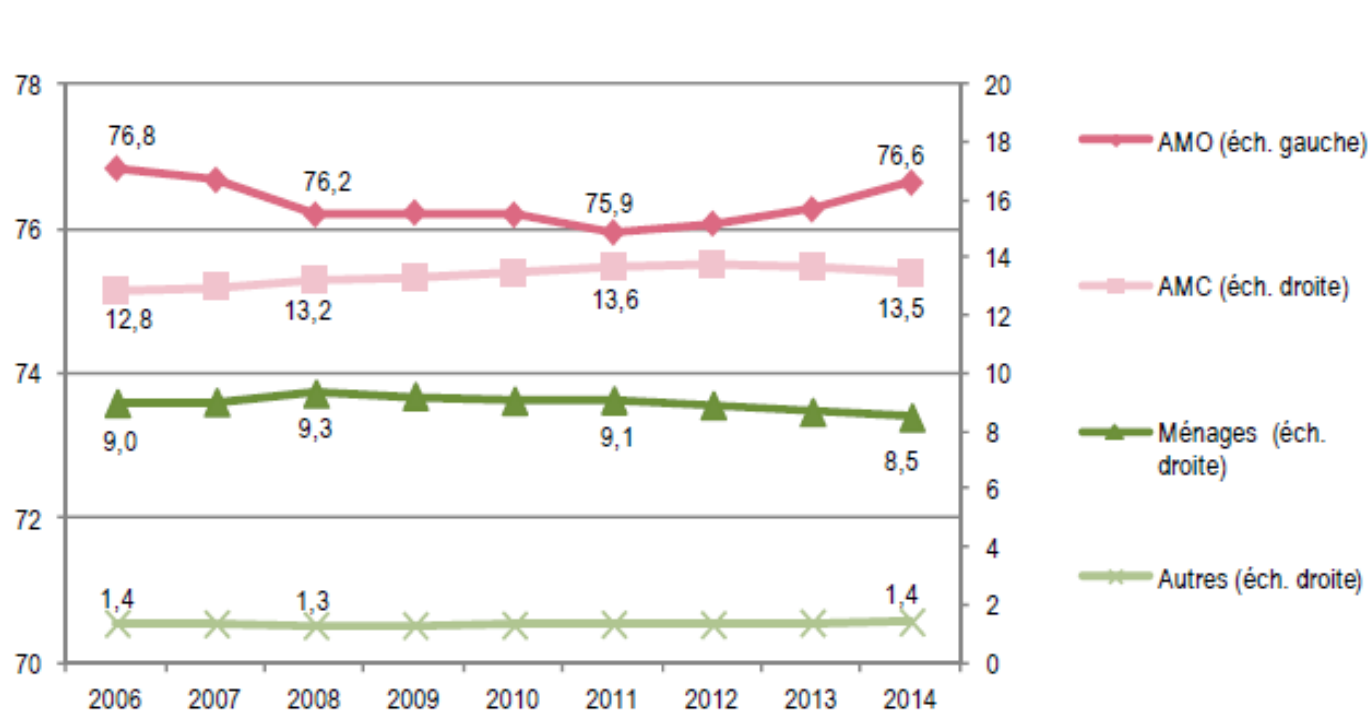
Source : N. Danchin, colloque du HCAAM du 3 septembre 2014

Les composantes du progrès médical (IAM)

- Raccourcissement des délais de prise en charge de 120 à 74 mns (comportement des patients);
- Amélioration des circuits de prise en charge (par le SAMU de 23% en 2000 à 49% en 2010);
- Stratégie de prise en charge (médicaments)

II. Le financement

La stabilité du financement collectif



Source : DREES, Comptes de la santé 2015.

Mais des variations importantes... selon les prestations

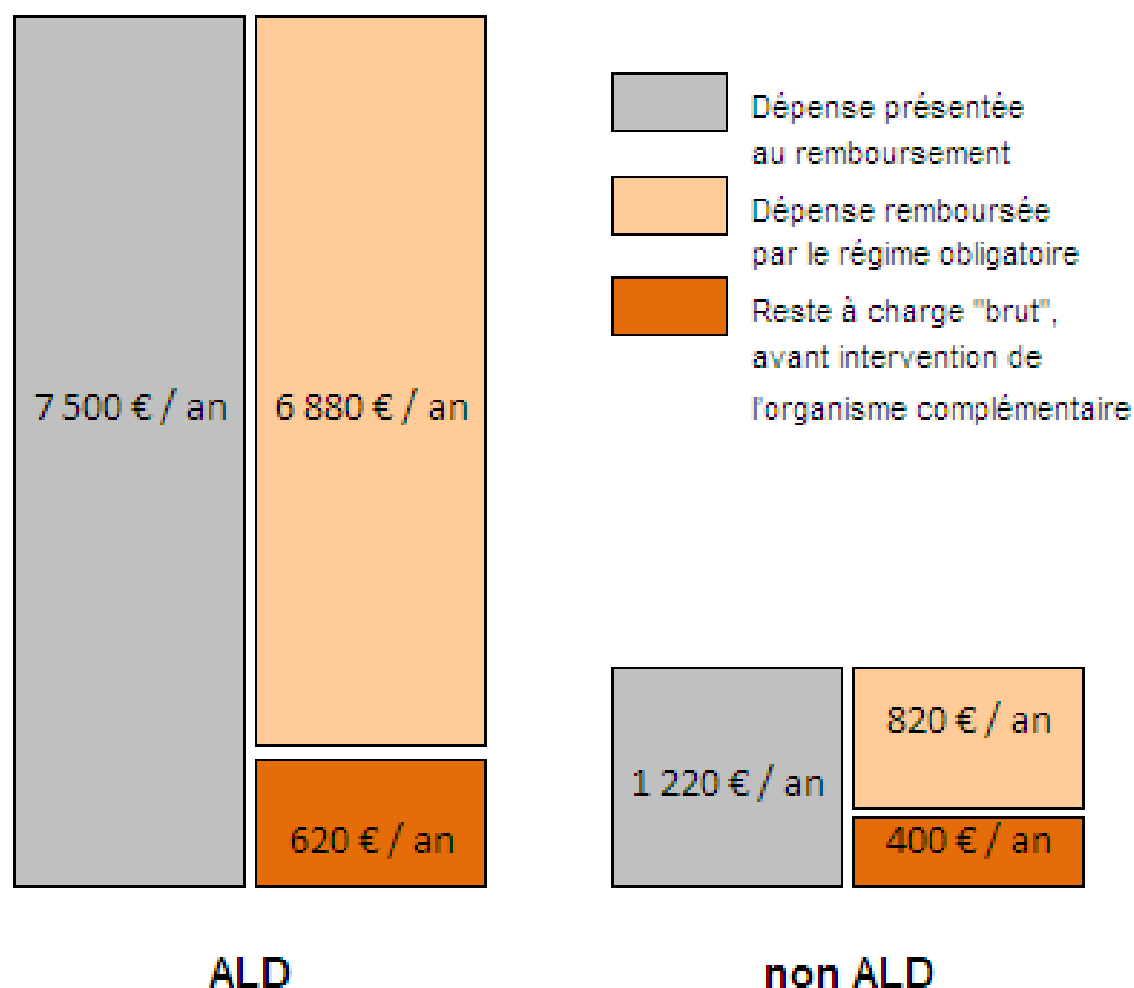
En %

	AMO	AMC	Ménages	Autres (État...)	Total CSBM
Soins hospitaliers	91,1	5,3	2,4	1,3	100
Soins de ville	63,9	21,7	12,5	1,9	100
Médecins en ambulatoire	66,9	19,9	11,3	1,9	100
Auxiliaires en ambulatoire	79,0	11,4	8,7	0,9	100
Dentistes en ambulatoire	32,5	38,8	25,2	3,5	100
Analyses en ambulatoire	70,8	25,6	1,5	2,1	100
Transports de malades	93,0	4,3	1,8	0,9	100
Biens médicaux	61,6	21,0	16,2	1,2	100
Médicaments	69,1	13,7	15,9	1,3	100
Autres biens médicaux	43,3	38,9	16,9	0,9	100
CSBM	76,6	13,5	8,5	1,4	100

Mais des variations importantes... selon les personnes

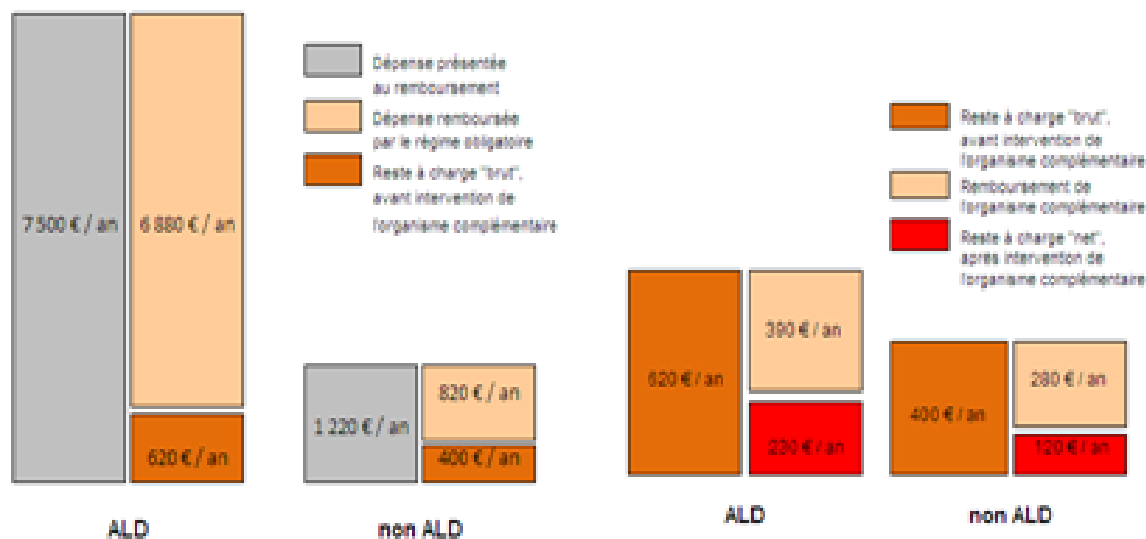
- ALD/non ALD
- Selon le parcours de soins: C'est ainsi que le HCAAM (rapport 2013) a mis en évidence que le « patient ambulatoire » ne consommant que des soins de ville bénéficie d'un taux moyen de remboursement de l'ordre de 50%, loin du 75% affiché en moyenne.

Une dépense plus élevée pour les ALD



Qui s'accompagne néanmoins d'un RAC plus élevé pour les patients en ALD

Reste à charge ALD/ non ALD



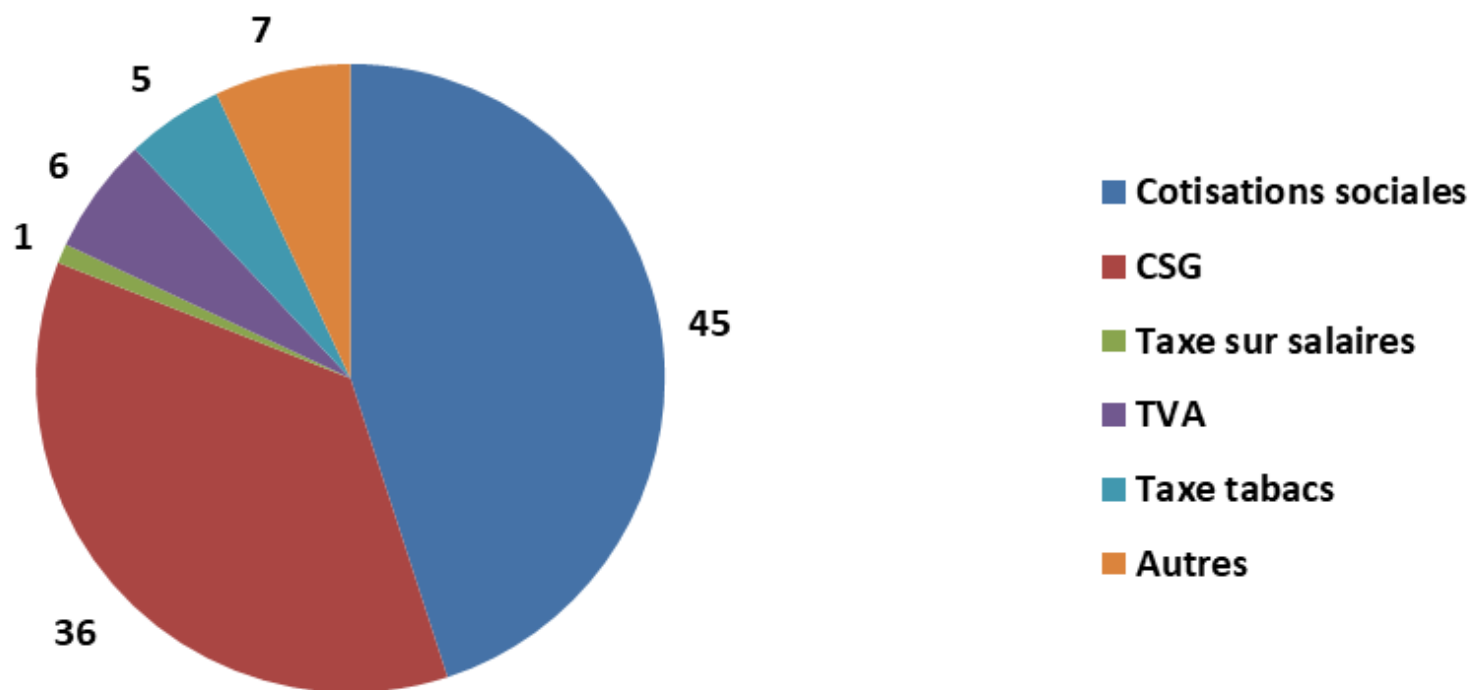
Sources : Modèle de micro-simulation de la DREES.

Sources : Modèle de micro-simulation de la DREES.

Quelles sources de financement?

- L'extension de l'assiette:
 - Les cotisations sociales: 45% des recettes de l'Assurance Maladie contre 98% des ressources dans les années 60.
- L'allègement des charges des entreprises:
 - Recettes fiscales
 - Taxes sur industries de santé
 - Taxes sur tabacs et alcools
 - CSG
 - TVA sociale?

Répartition des recettes de la branche maladie du régime général en 2016 (% du total)



III. Le déséquilibre dépenses/recettes
pose la question de la soutenabilité

Déficit AM et Sécurité Sociale

En milliards d'euros

		2013	2014	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)	2019 (p)
Régime général								
Maladie	Recettes	157,9	161,9	166,6	171,7	178,0	183,3	189,4
	Dépenses	164,7	168,4	174,1	177,9	182,7	186,2	189,7
	Solde	-6,8 (*)	-6,5 (*)	-7,5 (*)	-6,2	-4,7	-2,9	-0,3
AT-MP	Recettes	12,0	12,3	12,4	12,5	12,7	13,6	14,2
	Dépenses	11,3	11,7	11,8	12,0	12,1	12,2	12,3
	Solde	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	1,5	1,9
Famille	Recettes	54,6	56,3	52,8	48,8	50,1	51,6	53,1
	Dépenses	57,8	59,0	54,4	49,6	50,4	51,6	52,8
	Solde	-3,2 (*)	-2,7 (*)	-1,6 (*)	-0,8	-0,3	0,0	0,3
Vieillesse	Recettes	111,4	115,6	119,9	123,6	127,4	131,1	135,6
	Dépenses	114,6	116,8	120,5	123,1	126,3	130,7	135,6
	Solde	-3,1 (*)	-1,2 (*)	-0,6 (*)	0,5	1,1	0,4	-0,1
Toutes branches consolidées	Recettes	323,9	334,1	339,3	344,0	355,3	366,6	379,0
	Dépenses	336,4	343,7	348,3	350,0	358,6	367,6	377,2
	Solde	-12,5	-9,7	-9,0	-6,0	-3,3	-1,0	1,8

Source: MASS LFSS 2016

Quels moyens pour agir?

- Augmenter les recettes?
- Réduire les dépenses?
 - Réduire les remboursements?
 - Accroître l'efficacité du système de santé (produire plus de santé avec moins d'argent)?

Augmenter les recettes?

- Financement public = accroître les charges des entreprises: perte de compétitivité dans une économie ouverte / Ralentissement croissance du PIB/ Chômage...
- Financement privé (ménages ou AMC):
 - réduction de pouvoir d'achat
 - Difficultés d'accès aux soins
 - Au total accroît inégalités et dépenses

Réduire ou maîtriser les dépenses en agissant sur les remboursements

- Augmentation du ticket modérateur: augmente les charges des ménages (accès aux soins, inégalités);
- Redéfinition du panier de soins
 - Sur le critère du niveau risque (« petit »/« gros »)
 - Sur un critère d'efficacité (le modèle anglais des QALY)

Les Quality Adjusted Life Years (QALYs)

Méthodes d'évaluation médico-économique.

QALY

Indicateur à deux dimensions qui combine la durée de vie (une année de vie supplémentaire gagnée) avec une pondération relative de la qualité de vie (physique et morale) associée à l'état de santé dans lequel se trouve l'individu au cours de cette période

QALY = 1 (une année de vie supplémentaire en parfaite forme physique et morale)

QALY = 0,6 (Handicap)

QALY = 0 (mort)

Le calcul des QALYs se fait en additionnant les années corrigées

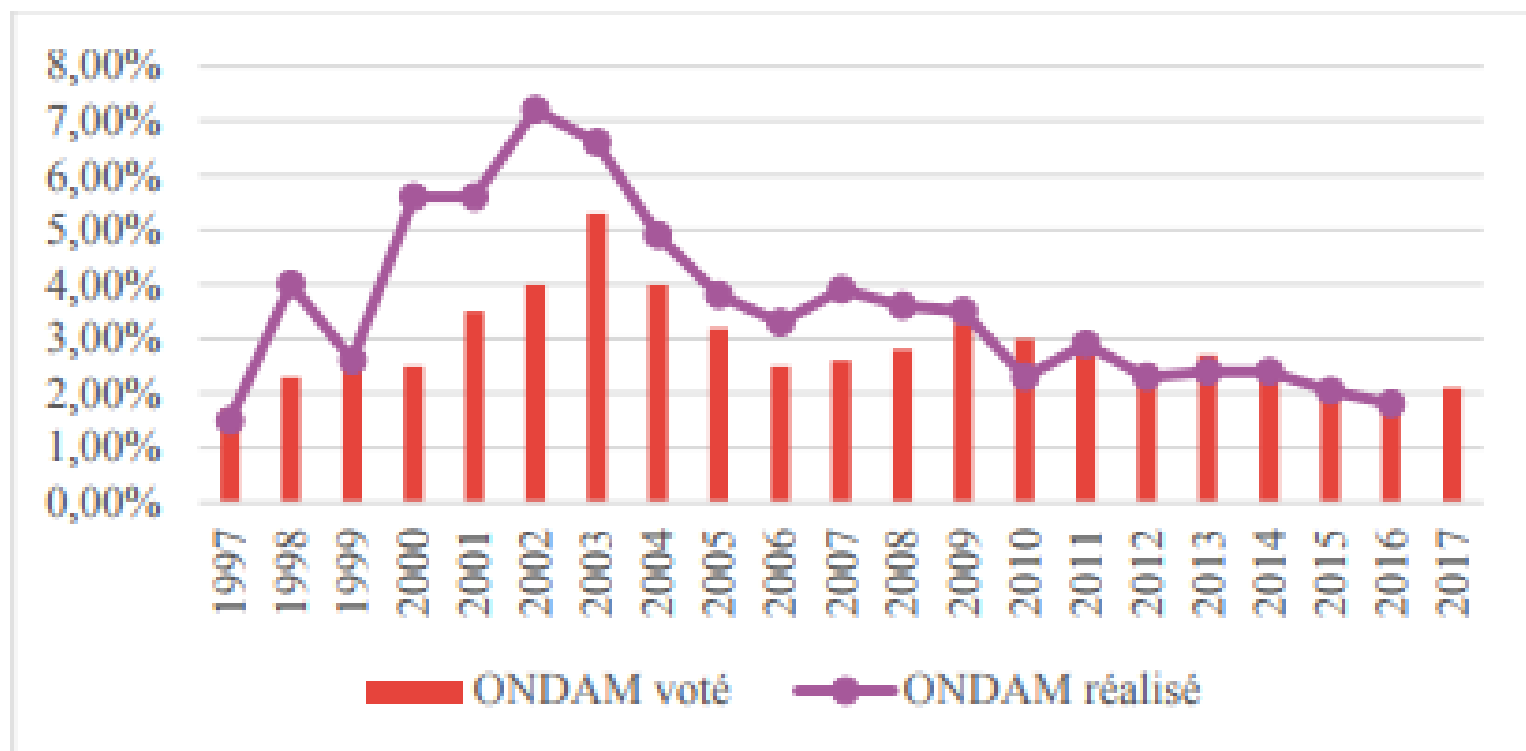
Exemple : un gain de 10 années de vie supplémentaires dans un état de santé situé à 0,5 vaut $10 \times 0,5 = 5$ QALYs ou 5 années de parfaite santé (5×1).

Ce mode de calcul permet d'obtenir un indicateur synthétique qui rend compte de l'effet des soins à la fois sur la qualité de vie et sur la longévité.

Accroître l'efficacité

- Agir sur les déterminants de la santé (prévention) en prenant en compte les facteurs sociaux (inégalités de santé);
- Accroître l'efficacité du système de soins (les points de consensus):
 - Coordination des soins, médecine de parcours...
 - Lutte contre non pertinence (20% des dépenses, selon OCDE)
 - Implication du patient, empowerment
 - Nouvelles technologies

La maîtrise de l'ONDAM



Je vous remercie de votre attention



www.dilbert.com scottadams@aol.com



10/6/07 © 2007 Scott Adams, Inc./Dist. by UFS, Inc.

