



4. Les causes de l'augmentation des dépenses de santé

- Hélène Huber. Depuis 1995, les dépenses de santé en France sont passées de 9 à 11 % du PIB. Aux États-Unis, l'augmentation a été beaucoup plus importante sur la même période, passant de 13 à 17 % du PIB. L'agrégat préféré en France est la CSBM, la consommation de soins et de biens médicaux. Elle recouvre une sous-partie de ce qui vient d'être évoqué : la dépense courante de santé au sens international. La CSBM comprend toutes les dépenses relatives aux soins médicaux : soins de ville, soins hospitaliers, transports de malades. Les soins hospitaliers en représentent quasiment la moitié. Par contre, la gestion et le fonctionnement du système de soins font partie de la dépense courante de santé, dont je vais vous parler. La dépense courante de santé comprend la CSBM, évoquée plus tôt, et d'autres dépenses relatives au fonctionnement du système, comme le financement de la recherche médicale, la prise en charge des cotisations des professionnels de santé, et les frais de gestion. C'est une dépense courante de santé qui ne comprend pas les investissements ni la formation brute de capital fixe. Le choix de l'agrégat est important, car au niveau international on peut comparer les DCS, alors que dans le cas français on parle surtout de la CSBM, qui comprend les soins habituels : médecins, hôpitaux, médicaments. La dépense courante de santé augmente d'un peu plus de 2 % par an, ce qui est supérieur à la croissance du PIB, inférieure à 2 % par an. Ces dépenses sont donc importantes et socialisées. Cela soulève des questions : Cette dépense est-elle soutenable ? Nous essaierons d'y répondre tout à l'heure. Nous tenterons aussi de comprendre la source de la hausse des dépenses. On peut penser au vieillissement de la population, au progrès technique ou aux exigences croissantes des patients. Les dépenses de santé sont surtout financées par la Sécurité sociale, par la loi de financement de la Sécurité sociale, votée tous les ans par le Parlement. Le financement de la Sécurité sociale est souvent en déficit. L'objectif de cette année est un déficit le plus réduit possible, financé par l'endettement, donc par les générations futures. On entend souvent parler de l'ONDAM, l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie, mais cet objectif, écrit en 1996, n'est pas obligatoire et ne sert qu'à donner les grandes tendances de l'évolution de l'assurance maladie sans être contraignant. La CSBM représente environ 3 000 € par an et par personne, soit environ 9 % du PIB, et un peu moins de 13 % de la consommation totale des ménages. 75 % de la CSBM est financé par la Sécurité sociale Cette part de financement dépasse 90 % pour les hôpitaux et le transport, 65 % pour les soins de ville, et moins pour les autres biens médicaux comme l'optique ou les orthèses. La part des complémentaires : mutuelles, institutions de prévoyance et d'assurance, est d'environ 13 %. Le reste à charge des ménages, ce que les ménages devront payer eux-mêmes, est d'environ 8 %. Ce reste à charge est assez variable : il va de 2 % pour l'hôpital à 17 % pour les médicaments. Le reste relève de l'État et de la CMU-C pour environ 1,4 %. Selon les Comptes nationaux de la santé 2017, la CSBM se répartit en plusieurs postes : 46 % concerne l'hôpital, 26 % les soins de ville les soins en cabinets, dispensaires, cures thermales et laboratoires. Peu concerne le transport de malades, environ 2 %, 17 % les médicaments, et 8 % les autres biens médicaux. Depuis 2008, les dépenses en médicaments diminuent au profit des autres postes. Le système français se caractérise par la liberté d'installation et de tarif de certains médecins et par le libre choix des patients. Les médecins sont ainsi rémunérés par consultation, ce qui en amène certains à dire qu'il y a un caractère inflationniste des dépenses. En comparaison, dans le système anglais, les médecins sont payés à la capitation, c'est-à-dire au nombre de patients et non de consultations, et où il existe un système de





4. Les causes de l'augmentation des dépenses de santé

- gate keeping obligatoire : avant d'aller voir un spécialiste, il faut passer par un généraliste. Le système français a donc des caractéristiques assez différentes de celles de son voisin, l'Angleterre, et permet de comprendre, notamment par son fonctionnement, que le système français est plutôt inflationniste, mais permet un meilleur accès aux soins que le système anglais, qui a un bon coût, une bonne maîtrise des dépenses, mais des files d'attente et un accès aux soins plus limité. Venons-en maintenant aux déterminants de la dépense. Ces déterminants sont multiples. On a la démographie et le vieillissement de la population qui font augmenter les dépenses de santé. Le progrès technique, et la couverture assurantielle, variable selon les pays. Mais au niveau macroéconomique, le déterminant principal est le niveau de vie. Il détermine majoritairement le niveau des dépenses de santé dans les différents pays, plus que la démographie. Au niveau individuel, on constate les mêmes effets : niveau de vie et maladies individuelles sont un déclencheur, mais le revenu est un facteur principal. Les dépenses de santé atteignent-elles leur but, améliorer la santé et l'espérance de vie ? En France, nous sommes passés d'une espérance de vie d'environ 25 ans au XVIIIe siècle à plus de 80 ans aujourd'hui. Cette augmentation est-elle due aux dépenses de santé ? À l'origine, l'augmentation de l'espérance de vie a été principalement due à d'autres éléments : l'amélioration de l'hygiène, la baisse de la mortalité infantile, des progrès en nutrition et dans les conditions de vie. Les dépenses de santé ont certes eu un impact : le vaccin contre la variole, les antibiotiques. Ils ont conduit à une augmentation continue, mais tardive. Les gains en espérance de vie, s'ils ont été importants auparavant notamment en termes de mortalité infantile, sont réalisés maintenant, aux âges les plus élevés, par la réduction des maladies cardiovasculaires. Aujourd'hui, les dépenses de santé ont un impact plus important. Selon David Cutler, les dépenses de santé peuvent être une cause de l'augmentation de l'espérance de vie, avec la nutrition et les progrès en santé publique et en hygiène. Il estime qu'environ 40 % des gains de longévité aux États-Unis, sur le siècle passé, sont dus au progrès technique médical. Le but des économistes est de déterminer ce qui crée une augmentation des dépenses de santé. On pense souvent au vieillissement de la population. Les personnes âgées consommant davantage, si leur proportion augmente, elles vont faire augmenter les dépenses de santé. Cependant, d'autres facteurs peuvent être à l'œuvre. C'est l'objet de l'article que je vais vous présenter, écrit avec mes collègues Brigitte Dormont et Michel Grignon sur les dépenses de santé en France dans les années 1990. L'observation est simple : premièrement, une augmentation démographique des personnes âgées, ainsi qu'une augmentation des dépenses à âge donné. Comme le montre ce graphique, les dépenses de santé selon l'âge augmentent avec le temps. C'est normal, car les personnes âgées consomment plus. On observe aussi un certain glissement de ce profil des dépenses de santé entre 1992 et 2000. Quel a été l'impact réel du changement de profil des dépenses ? La méthode économétrique employée est assez simple qui vise uniquement à modéliser le comportement des gens à maladie et à âge donné, et à essayer de simuler ce qu'il se serait passé s'ils avaient vécu à une autre année. Par exemple, combien les personnes observées en 1992 auraient-elles dû dépenser en 2000 ? Le résultat est édifiant, car nous notons que l'effet de ces changements de pratiques à âge et à maladie donné est trois fois plus important que les changements dus à la structure démographique du vieillissement. Mais nous constatons aussi que les changements de pratique et peut-être le progrès technique sont les facteurs principaux de la hausse des dépenses. Cela se





- retrouve au niveau macroéconomique, où l'on constate que le niveau des dépenses s'explique surtout par le niveau de vie, et non par la démographie du pays. Bien que le système de santé français préserve le principe d'équité horizontale, c'est-à-dire qu'à même besoin de soins, même traitement, quels que soient les revenus de la personne, cet objectif n'est qu'imparfaitement réalisé. En termes de couverture, cet objectif est réalisé, puisque la quasi-totalité de la population est couverte. On peut également remarquer un effet redistributif, puisque les personnes les moins bien portantes sont souvent aussi les moins riches et bénéficient donc d'une redistribution financière, ce qui ajoute l'aspect redistributif au système de santé. Mais en termes de consommation de soins, les dépenses de santé sont inégalement réparties : la consommation de soins de généralistes se concentre souvent chez les plus pauvres, alors que celle de soins de spécialistes se concentre plutôt chez les plus riches. En termes de santé, c'est-à-dire de résultat des dépenses de santé, on note encore des inégalités entre catégories socioprofessionnelles, comme l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers, qui n'a pas changé entre 1976 et 2013 et est resté de 6 ans. Le taux de décès par infarctus a diminué de 47 % chez les cadres entre 1982 et 1990, mais de 14 % seulement chez les ouvriers et employés. Les progrès en termes de santé ont donc été inégalement répartis. Nous avons vu que les dépenses de santé ont des déterminants variés, et que ces dépenses augmentent depuis quelques années. Cette hausse est-elle pour autant souhaitable ou soutenable ? On cherche actuellement à maîtriser les dépenses de santé. Toutefois, si nous dépensons autant, c'est peut-être par choix et on peut se demander s'il existe un montant optimal des dépenses de santé. Certains chercheurs en économie, en particulier Hall et Jones, se sont posé la question, en considérant nos sociétés, qui sont des sociétés d'abondance, de savoir s'il n'était pas possible ou souhaitable d'augmenter davantage les dépenses de santé pour une raison simple : nos sociétés étant déjà largement pourvues en biens de consommation, où peuvent aller les fruits de notre croissance ? Dans une troisième voiture ? Dans un voyage ? Peut-être que si nous avons assez de biens de consommation, le reste de nos richesses peut servir à la santé et à l'accroissement de la longévité, afin de mieux profiter de nos biens et de nos vies. Mais la question du montant optimal de la dépense de santé reste ouverte. Ce n'est pas aux économistes d'en décider, notre tâche est de donner des outils.

4. Les causes de l'augmentation des dépenses de santé

