

**LE MODÈLE
ANTHROPOGÉNÉTIQUE COMME
HORIZON DU XXI^E SIÈCLE**

Le cas de la Santé

Robert BOYER

*Séminaire d'Économie Politique de la Santé,
Maison des Sciences Économiques,
Paris, 7 Juin 2013*

INTRODUCTION

- *Les analyses des régimes de long terme privilégient les questions de démographie et de changement technique dans la production des biens matériels*
- *Traditionnellement, l'économie de la santé est conçue comme une analyse sectorielle.*
- *Et si la santé (et l'éducation) étaient en train de devenir le cœur des régimes de croissance ?*

➤ *Le présent exposé est la réunion de trois courants de recherche*

- ✓ Une étude des transformations **de l'hôpital** en France en longue période
- ✓ Une analyse comparative **des systèmes de couverture sociale**
- ✓ La recherche **de successeurs** au régime de croissance fordiste
 - *Tiré par l'innovation et l'exportation*
 - *Impulsé par la finance*
 - *Une société tertiaire ?*
 - *Un modèle de production de l'Homme par l'Homme*

1.-
UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE DROIT ET DES SCIENCES ECONOMIQUES

ESSAI D'ANALYSE DE LA DYNAMIQUE
DES COÛTS HOSPITALIERS

MEMOIRE
Pour le diplôme d'études supérieures
économiques
Présenté et soutenu par
A la session d'OCTOBRE

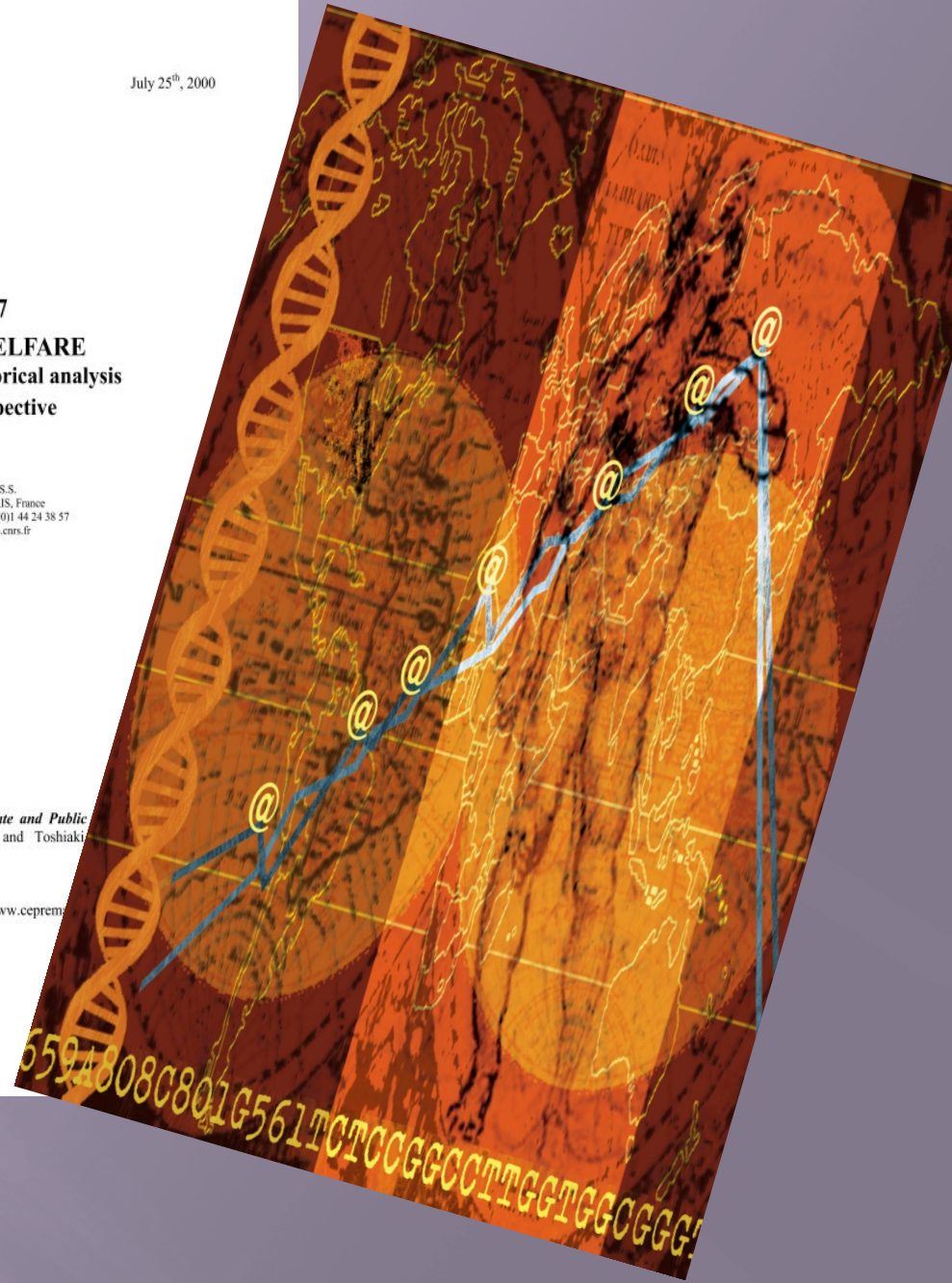
July 25th, 2000

N° 2000 - 07
THE FRENCH WELFARE
An institutional and historical analysis
in European perspective

Robert BOYER
CEPREMAP, CNRS, E.H.E.S.S.
142, Rue du Chevaleret 75013 PARIS, France
Tél. : +33 (0)1 40 77 84 28 - Fax : +33 (0)1 44 24 38 57
e-mail : robert.boyer@cepremap.cnrs.fr

Paper prepared for the conference "*The role of private and Public Security System*" organized by Shuzo Nishimura and Toshiaki University, Japan, August 28-29, 2000.

Internet : Consulter le WEB : <http://www.cepremap.cnrs.fr>



SYNOPSIS

- I. L'hôpital en France : une étude rétrospective*
- II. Santé et croissance : les enseignements des théories du développement*
- III. Les théories économiques face à la spécificité de la santé*
- IV. Problèmes institutionnels et organisationnels*
- V. Sous la révolution de l'information perce le modèle anthropogénétique*

I. L'hôpital en France : une étude rétrospective

1. *Une décomposition de la croissance des coûts de l'hôpital*

- Pas d'explosion de la fréquentation hospitalière
- Une croissance modérée du prix relatif de l'hôpital
- Plus de moyens mobilisés pour chaque admission à l'hôpital

IMPORTANCE RELATIVE DES DIVERSES COMPOSANTES DE LA

CROISSANCE DU CÔTÉ DE L'HOSPITALISATION

(de 1950 à 1969)

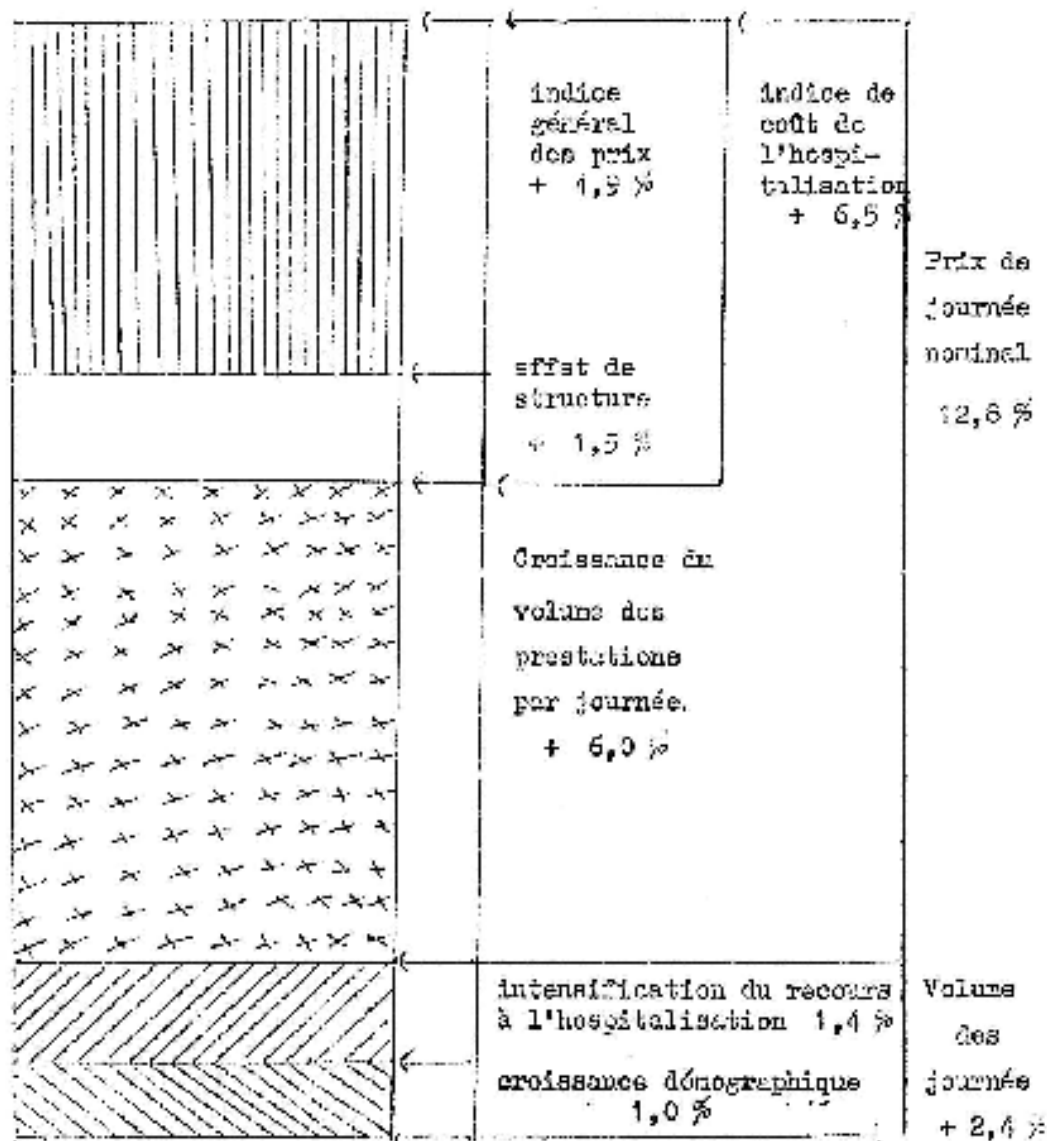
production à prix
courants + 15,6 %

production à prix
relatifs + 10,2 %

production à prix
constants + 9,8 %

volume des journées
2,4 %

Population 1,0 %



indice
général
des prix
+ 4,9 %

Indice de
coût de
l'hospita-
lisation
+ 6,5 %

Prix de
journée
nominal
12,6 %

effet de
structure
+ 1,5 %

Croissance du
volume des
prestations
par journée.
+ 6,0 %

intensification du recours
à l'hospitalisation 1,4 %
croissance démographique
1,0 %

Volume
des
journées
+ 2,4 %

LES FACTEURS PRIMAIRES DE LA PROGRESSION

DU COUT DE L'HOSPITALISATION

1950-1969

Croissance des prestations en volume par journée	+ 6,0 %
Montée du niveau général des prix	+ 4,9 %
Effet de structure propre des coûts hospitaliers	+ 1,5 %
Développement du recours à l'hospitalisation	(+ 1,4 %)
Croissance démographique	+ 1,0 %
Augmentation des dépenses d'hospitalisation	+ 15,6 %

Source : D'après séries du CREDOC

(voir annexes statistiques)

2. Les fausses explications de la croissance de la fréquentation hospitalière

- **La faible contribution de l'évolution de la structure par âge**
- **Même si existent des différences selon le type d'établissement**

Récapitulation des résultats correspondant à diverses hypothèses

PERIODES	1900 - 1968	1950 - 1968
<u>TAUX D'ADMISSION</u>		
<u>Evolution effective</u> (Hôpitaux publics)	+ 2,6 %	+ 3,2 %
<u>Effet potentiel selon le mode de consommation par âge :</u>		
• de l'Assistance Publique de PARIS (âge et sexe)	0,06 %	0,05 %
• des Hôpitaux de la Nouvelle-Angleterre	0,06 %	- 0,09 %
<u>NOMBRE DE JOURNEES PAR HABITANT</u>		
<u>Evolution effective</u> (Hôpitaux Publics) (Ensemble de l'hosp.)	-----	+ 2,0 %
<u>Effet potentiel selon le mode de consommation par âge de l'Assistance Publique de PARIS :</u>	-----	+ 1,4 %
• âge	+ 0,2 %	+ 0,3 %
• âge et sexe	+ 0,2 %	+ 0,2 %
<u>CONSOMMATION HOSPITALIERE PAR HABITANT</u>		
<u>Evolution effective</u> (en volume)	... -----	7,5 %
<u>Effet potentiel d'après le D. ENGEL</u>		
• Hôpitaux Généraux	+ 0,07 %	- 0,04 %
• Psychiatrie	+ 0,2 %	0

3. La demande hospitalière, au sens des économistes, ne répond pas aux facteurs traditionnels

- Pas d'évidence forte d'une élasticité par rapport au revenu
- Pas d'effet significatif des prix relatifs
- En dynamique, le degré de couverture n'explique pas les coûts.

DU RECOURS A L'HOSPITALISATION

Tendances de long-moyen terme

	Journées d'hospitalisation/habitant	Consommation hospitalière en volume/habitant	Remarques
<u>VARIATIONS EFFECTIVES</u> (taux annuel moyen)	+ 1,4 %	+ 7,5 %	
<u>INFLUENCE DES VARIABLES ECONOMIQUES</u> (en pourcent du taux d'évolution de la grandeur à expliquer)			
VARIATION DU REVENU (4 % à 5 % par tête)	effet négatif ?	$\frac{5}{100}$	Elasticité de l'ordre de 0,06
VARIATION DES "PRIX" (relatifs) (7,5 % par an)	$\frac{-40}{100}$	$\frac{-5}{100}$	Elasticité de l'ordre de -0,06 à -0,12
EVOLUTION DU MODE DE COUVERTURE (extension du régime général)		$\frac{3}{100}$	Effet <u>positif</u> sur l'hospitalisation <u>privée</u> . Effet <u>négatif</u> sur l'hospitalisation <u>publique</u> .

Une actualisation de cette analyse : France 1970-1995

	Growth rate	Share in total
Observed evolution of health care expenditure	122	100
Explained by:		
•Income effect	51	41
•Relative price effect	29	23
•Level of collective coverage	8	6
•Medical technical change	32	26
•Residual	3	3

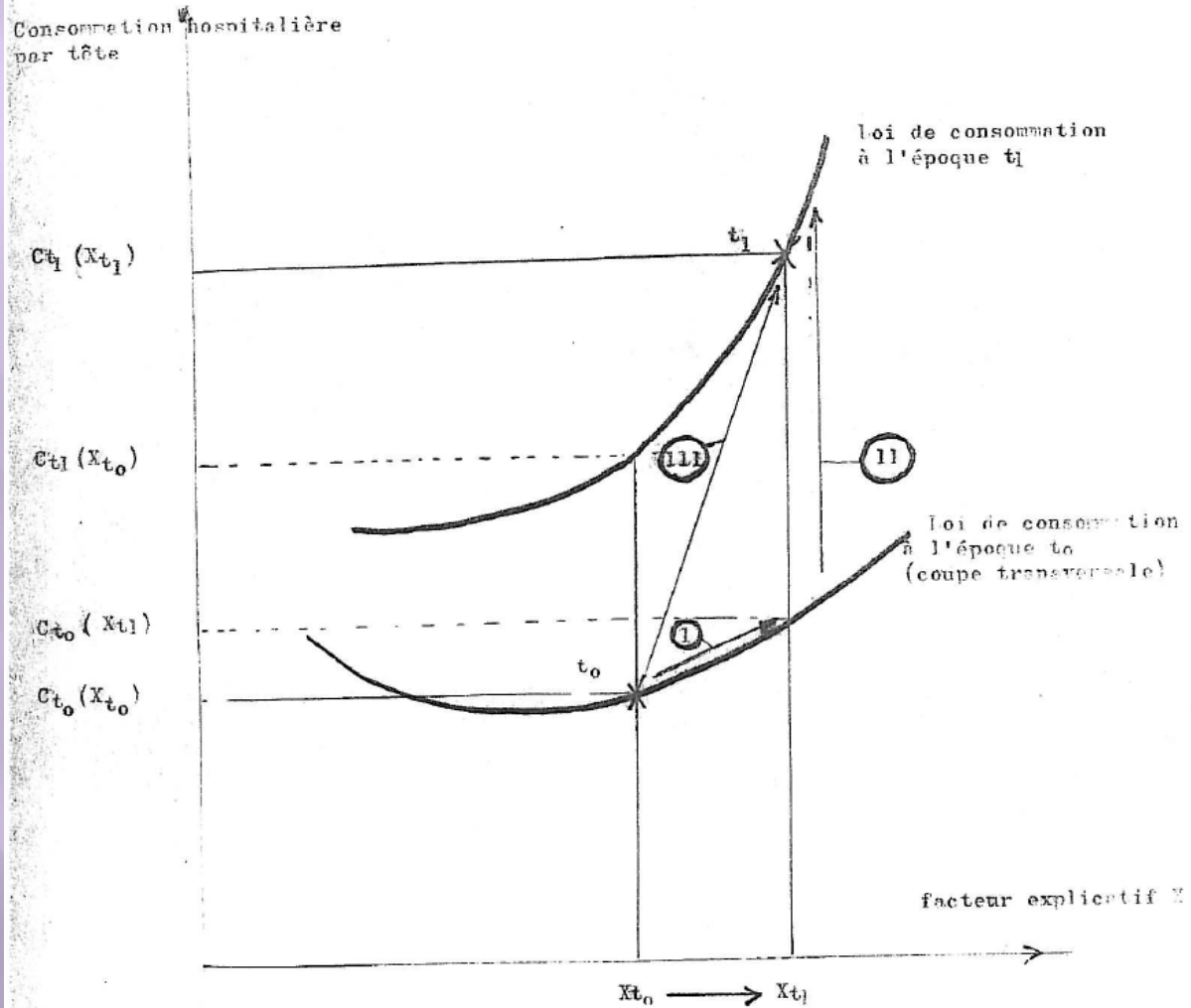
Source: L'Horty, Quinet, Rupprecht (1997) in Rupprecht F. (1999: 157)

4. *Ne pas confondre une analyse statique en coupe avec l'étude de la dynamique temporelle*

- Une intuition commune mais fallacieuse
- Une lacune de la théorie économique standard

Aucune des lois qu'il est classique d'avancer pour expliquer les disparités de consommation hospitalière (âge, sexe, catégorie sociale, revenu, prix ou mode de couverture) ne semble apte à fournir une explication satisfaisante de sa croissance.

LES DIVERGENCES ENTRE ANALYSE STATIQUE
 ET ETUDE DYNAMIQUE DU SECTEUR HOSPITALIER
 UN SCHEMA SIMPLIFIE



- ① : EVOLUTION A MODE DE SOINS INCHANGE
- ② : MODIFICATION DU MODE DE SOINS
- ③ : EVOLUTION EN SERIE CHRONOLOGIQUE

5. *Un déclin marqué et continu de la productivité hospitalière*

- Un résultat contre intuitif
- Qu'il s'agisse de la productivité apparente du travail ou globale des facteurs
- Un résultat qui demeure même avec une mesure plus adéquate de la production hospitalière : le soin d'une affection.

Pas de progression de la productivité apparente du travail

QUELQUES RATIOS DE PRODUCTIVITE HOSPITALIERE

Hôpitaux et hospices publics

Indices d'évolution

	55	56	57	58	59	60	66	Taux moyen d'évolution
Nombre de malades soignés	100	104,0	108,4	109,7	115,6	118,9	132,6	+ 2,6 %
Nombre de journée	100	104,0	108,3	109,5	113,6	117,0	123,6	+ 1,9 %
Effectif du personnel	100	105,1	109,4	114,1	116,8	123,1	158,7	+ 4,3 %
Nombre de malades soignés/effectif du personnel	100	98,9	99,1	96,1	99,0	96,6	83,6	- 1,6 %
Nombre de journées/effectif du personnel	100	98,9	99,0	95,9	97,3	95,1	77,9	- 2,2 %

Une chute cumulative et encore plus marquée de la productivité globale des facteurs

EVOLUTION DE LA PRODUCTIVITE GLOBALE DE L'HOSPITALISATION

(sous hypothèse que la journée est l'unité de production hospitalière)

Années	Indice du volume des journées	Indice du volume des facteurs	Indice de productivité globale
1950	100	100	100
1951	117,5	110,2	106,5
1952	119,7	120,9	99,1
1953	117,3	130,5	90,1
1954	114,6	135,2	84,8
1955	114,1	141,7	80,7
1956	115,6	158,6	68,7
1957	118,6	164,9	72,1
1958	124,1	177,7	70,0
1959	120,0	198,8	60,4
1960	119,4	219,4	54,6
1961	120,8	246,7	49,0
1962	124,7	271,9	45,9
1963	128,2	289,6	44,7
1964	135,6	317,3	42,8
1965	141,8	349,1	40,6
Taux annuel moyen	+ 2,4 %	+ 8,6 %	-6,0 %

Une mesure plus rigoureuse de la production, mais confirmation de la chute de la productivité...et pas de différences marquées entre privé et public

EVOLUTION COMPAREE DE LA PRODUCTIVITE GLOBALE

=====

(sous l'hypothèse que le "cas" est l'unité de production hospitalière)

	Volume des "cas"	Volume des facteurs	Productivité globale
Hospitalisation publique	+ 4,4 %	+ 9,0 %	- 4,4 %
Hospitalisation privée	+ 4,4 %	+ 8,4 %	- 3,8 %

(Taux annuel moyen de 1962 à 1965)

6. *La conséquence d'une mauvaise gestion de l'hôpital : un mythe qui a la vie dure*

- Un véritable indicateur d'output : le coût de la maladie
- Pas de contribution de l'évolution des affections, à techniques médicales constantes
- Pas d'impact des variables traditionnelles visant à l'amélioration de l'efficacité des hôpitaux.

Une considérable variabilité du coût selon les

LES DISPARITES DE COUT DE SEJOUR SELON LA NATURE DE DE L'AFFECTION

L'Assistance Publique de PARIS en 1968

NATURE DE L'AFFECTION		Coût de séjour relatif
I.	Maladies infectieuses et parasitaires	110,2
II.	Tumeurs	190,2
III. - IV.	Maladies allergiques, endocriniennes	99,4
V.	Troubles mentaux	250,8
VI.	Maladies du système nerveux	99,3
VII.	Maladies de l'appareil circulatoire	127,7
VIII.	Maladies de l'appareil respiratoire	73,3
IX.	Maladies de l'appareil digestif	65,6
X.	Maladies des organes génito-urinaires	51,4
XI.	Complications de la grossesse	12,9
XII.	Maladies de la peau	119,3
XIII.	Maladies des os	123,5
XIV.	Malformations congénitales	129,3
XV.	Maladies de la première enfance	64,0
XVI.	Sénéilité et cause mal définie	115,7
XVII.	Accidents, empoisonnements et traumatismes	87,7
Ensemble		100

Source : Enquête C.P.C.A.M.R.P.

Pourtant le changement dans la distribution des affections n'explique pas la croissance des coûts

L'INCIDENCE DE L'EVOLUTION DE LA MORBIDITE

=====

SUR LE COUT DE SEJOUR

=====

	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1966	1967	1968	Taux annuel moyen
Indice du coût moyen.	100	112,7	128,6	122,0	186,6	198,8	240,6	245,5	283,8	+10,9 %
Indice de cherté	100	112,6	128,1	121,1	185,9	196,6	238,4	241,4	278,3	10,7 %
Indice d'influence de la morbidité.	100	100,1	100,4	100,8	100,4	101,2	100,9	101,7	102,0	+ 0,2 %

Rappel : Indice d'influence : $\frac{\text{Indice de coût moyen}}{\text{Indice de cherté}}$

Indice de cherté

Les paramètres usuels de gestion n'ont guère d'influence sur la dynamique des coûts hospitaliers

L'IMPORTANCE RELATIVE DE DIVERS FACTEURS EXPLICATIFS
 =====
 DE L'INTENSIFICATION DES SOINS HOSPITALIERS
 =====

(Tendances de long terme)

	Coût de séjour à prix constant
VARIATION EFFECTIVE (taux annuel moyen)	+ 5,5 %
<u>INFLUENCE DES DIVERSES VARIABLES</u> (en pourcent du taux d'évolution)	
<u>PARAMETRES DE GESTION</u>	
- Réduction de la durée de séjour (- 1,8 % par an)	- 18/100
- Elévation du taux d'occupation (+ 0,1 % par an)	quelques millièmes
- Elévation du "prix" relatif (+ 7,5 % par an)	- 7/100
MODIFICATION DE LA MORBIDITE HOSPITALIERE (*)	+ 5/100

7. *Le cœur de l'explication : un progrès technique médical qui augmente les coûts*

- Une explosion des prestations techniques associées à chaque hospitalisation.
- La transformation correspondante de la structure des coûts de l'hôpital.
- Une confirmation directe : Une tendance générale à l'augmentation du coût de traitement de chaque affection
- Une pseudo fonction de progrès technique endogène inspirée par Nicholas Kaldor.

Stabilité de l'activité traditionnelle, forte croissance des activités à fort contenu technico-médical

* Les prestations médicales croissent à un rythme plus rapide que l'activité hospitalière entendue au sens traditionnel.

C'est ce que montre clairement l'étude des conditions de gestion à l'Assistance Publique de PARIS de 1962 à 1969.

	Activité technico-médicale					Activité au sens traditionnel		
	PC -K	R-KR	B	AMI	AMM	Consult.	Adm.	Journ.
Indice en 1969 base 100 en 1962	137	160	213	240	276	102	103	99

Source : Les hôpitaux de PARIS Etude rétrospective
Revue Hospitalière Mars 1971

La transformation de la structure des coûts enregistre les conséquences de cette technicisation et médicalisation

LES CONSOMMATIONS INTERMÉDIAIRES DE L'HOSPITALISATION

Le cas de l'Assistance Publique de PARIS

	1959	1969	Indice d'évolution 59/69 base 100 en 1959
Dépenses d'alimentation	35,48 %	21,44 %	318
Dépenses hôtelières	30,91 %	27,20 %	202
Dépenses médicales	27,12 %	46,50 %	397
Dépenses diverses	6,48 %	4,84 %	171
Ensemble	100 %	100 %	229

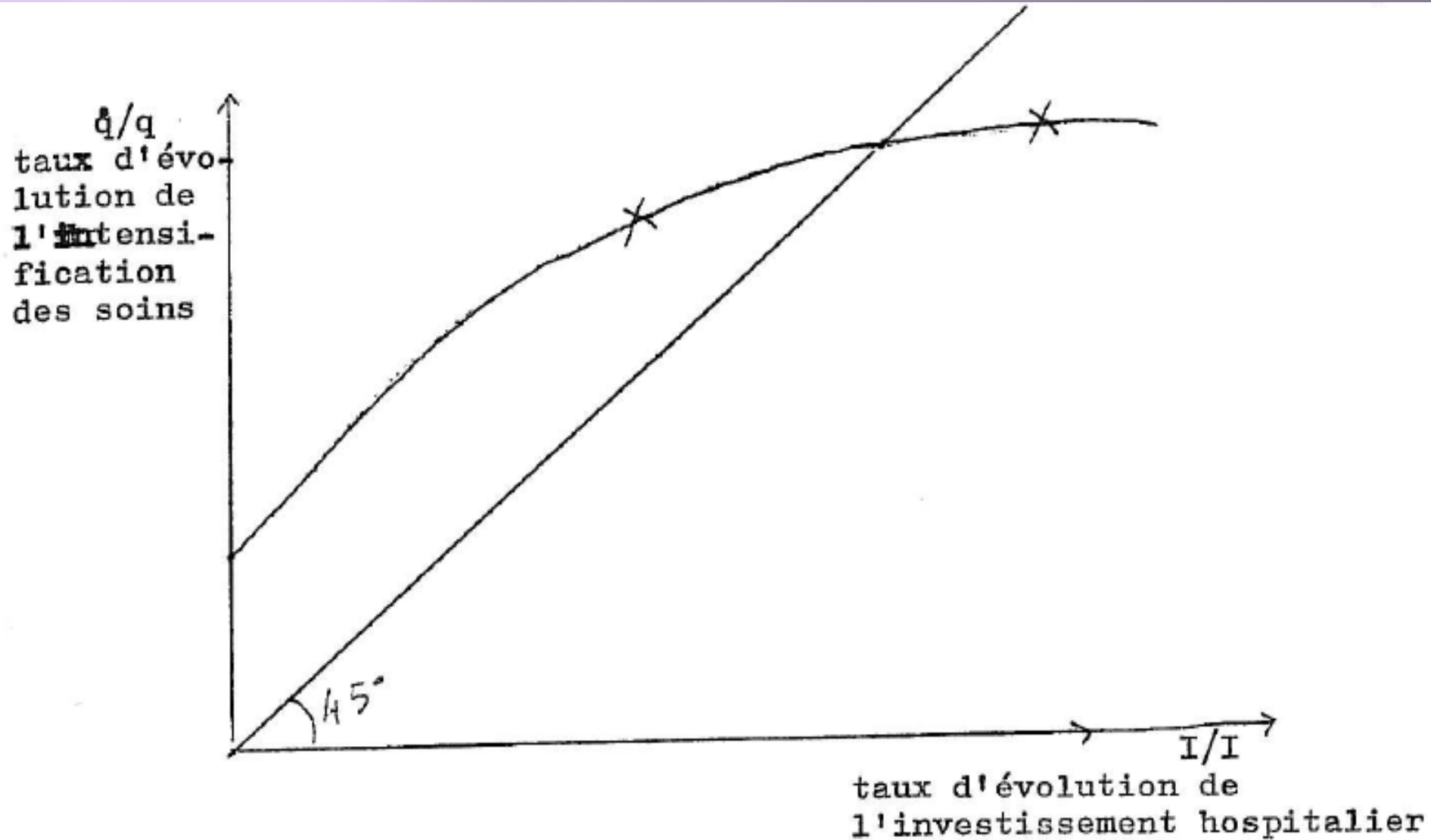
Une confirmation : c'est bien le coût de chaque affection qui s'accroît, mais inégalement

ESSAI D'EVALUATION DE LA PROGRESSION DU COUT DE
 =====
 TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS
 =====

Affection	Enquête FNOSS I9 I-1954		Enquête CPCAMRP 1968 coût moyen de séjour (en A.F.)	INDICE D'EVOLUTION du coût	
	% de l'hosp. dans le coût total	coût moy. total de traitement		à prix courant	à prix constants
Appendicite	70,3 %	35.284	182.300	517	271
Hernie abdominale	70,2 %	17.456	234.100	1341	702
Malformations congénitales	86,5 %	63.407	382.457	603	316
Tuberculose	87,9 %	182.504	591.800	324	170
Tumeurs malignes	72,6 %	104.632	545.500	521	273
Diabète sucré	56,4 %	34.347	344.700	1004	527
Alcoolisme	92,7 %	66.241	307.100	464	243
Epilepsie	56,1 %	23.143	178.300	770	403
Cardiopathie	61,1 %	17.817	351.857	1975	1034

Indice d'évolution
 du coût des services
 médicaux d'hospita-
 lisation 1953-1968

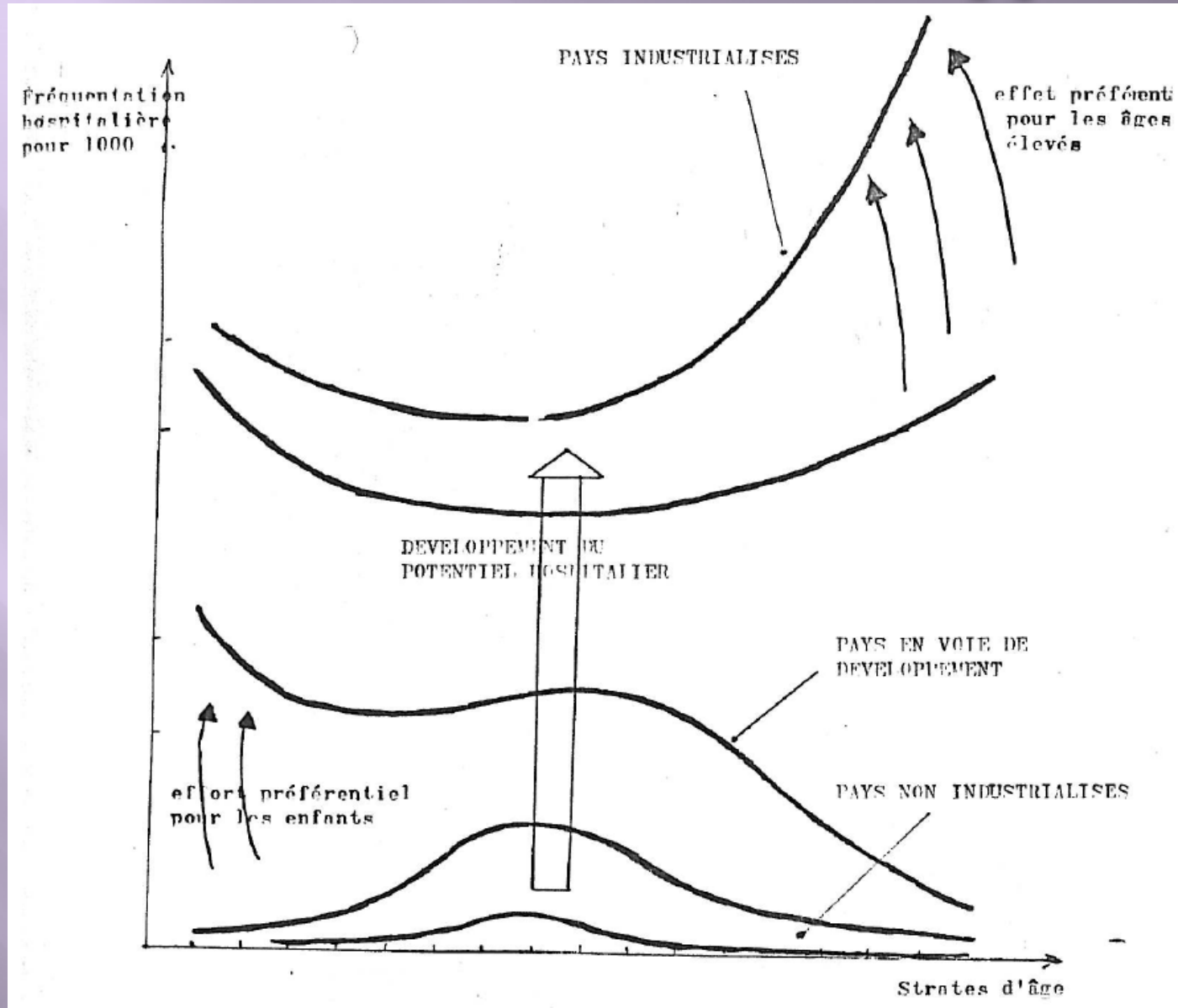
Une évolution des coûts au prorata de l'investissement médical : une paradoxale fonction de progrès technique endogène



II. Santé et croissance : les enseignements des théories du développement

- *La place du secteur santé change dans l'histoire*
- *Une causalité complexe entre santé et croissance*
- *Le secteur de la santé n'est pas le seul à contribuer au bien-être*

1. L'évolution en longue période du recours à l'hôpital en relation avec le développement



2. *L'hôpital n'est que l'une des composante du système de santé*

L'évolution de la mortalité infantile : un indicateur clé du développement

Initial Infant Mortality Rate, 1965	IMR ≤ 50	50 < IMR ≤ 100	100 < IMR ≤ 150	IMR > 150
Initial Income, 1965 (PPP-adjusted 1990 US dollars)				
GDP ≤ \$750	—	3.7	1.0	0.1
\$750 < GDP ≤ \$1,500	—	3.4	1.1	-0.7
\$1,500 < GDP ≤ \$3,000	5.9	1.8	1.1	2.5
\$3,000 < GDP ≤ \$6,000	2.8	1.7	0.3	—
GDP > \$6,000	1.9	-0.5	—	—

Note: The reported growth rate is the simple average of the GDP growth rates of all countries in the specific cell.

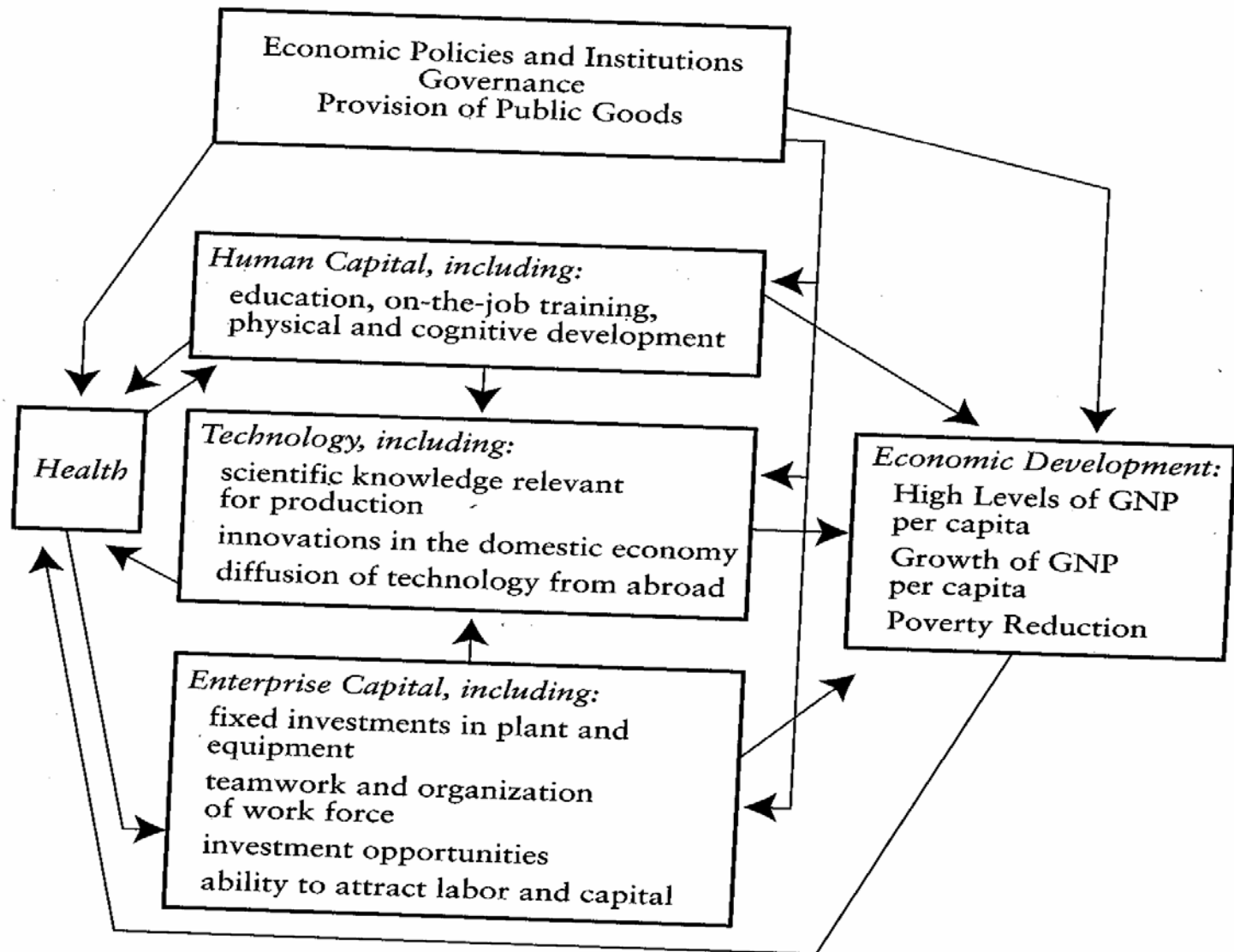
3. *En coupe internationale, une association entre état de santé et niveau de revenu*

Table 1. LIFE EXPECTANCY AND MORTALITY RATES, BY COUNTRY DEVELOPMENT CATEGORY, (1995–2000)

Development Category	Population (1999 millions)	Annual Average Income (US dollars)	Life Expectancy at Birth (years)	Infant Mortality (deaths before age 1 per 1,000 live births)	Under Five Mortality (deaths before age 5 per 1,000 live births)
Least-Developed Countries	643	296	51	100	159
Other Low-Income Countries	1,777	538	59	80	120
Lower-Middle-Income Countries	2,094	1,200	70	35	39
Upper-Middle-Income Countries	573	4,900	71	26	35
High-Income Countries	891	25,730	78	6	6
Memo: sub-Saharan Africa	642	500	51	92	151

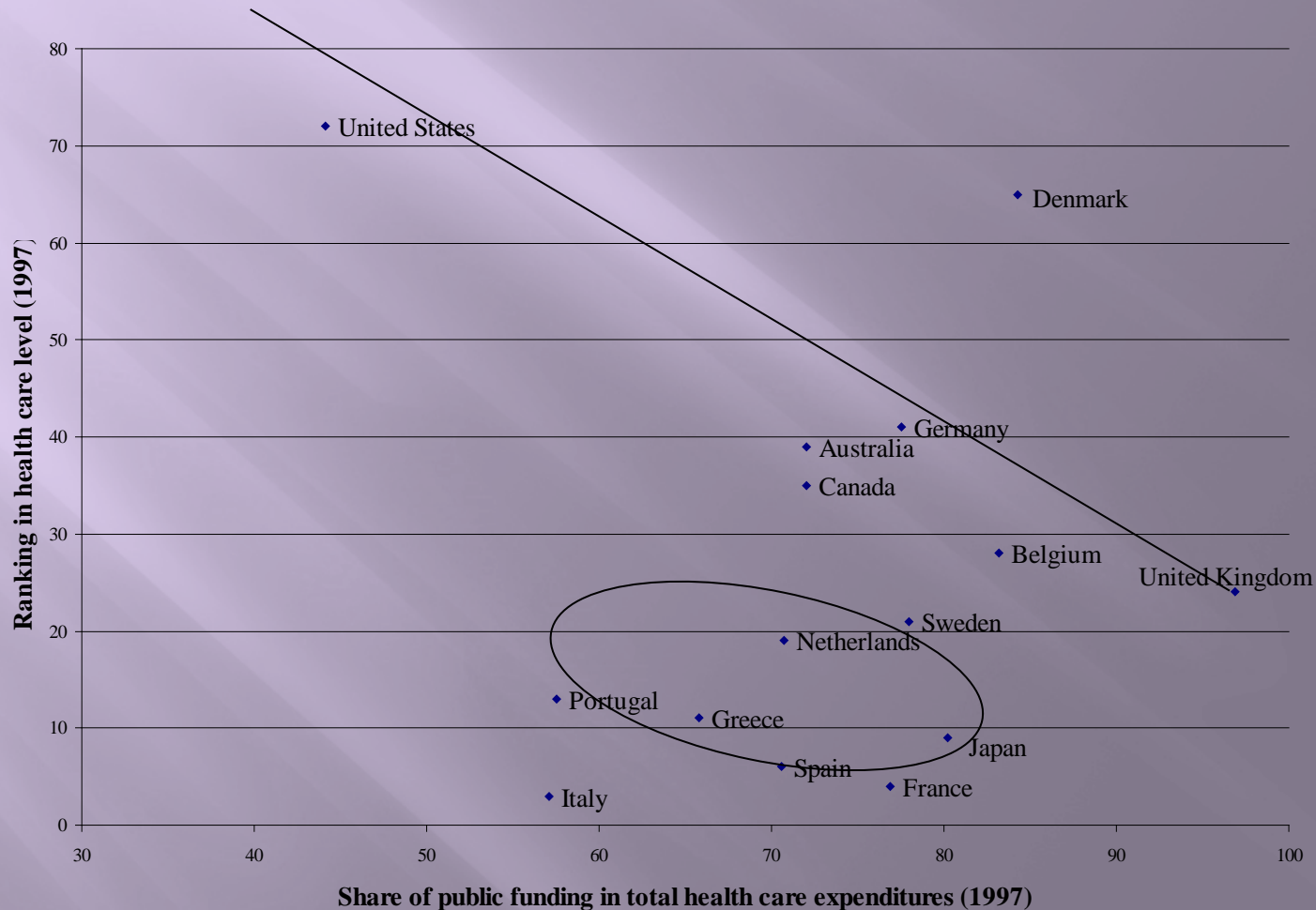
Source: Human Development Report 2001, Table 8, and CMH calculations using World Development Indicators of the World Bank, 2001.

4. *La santé est à la fois un facteur et une conséquence du développement*



5. *Le volume du financement, importe mais il n'est pas le seul déterminant*

Le lien entre financement public et classement dans le niveau de santé



Quelques problèmes méthodologiques

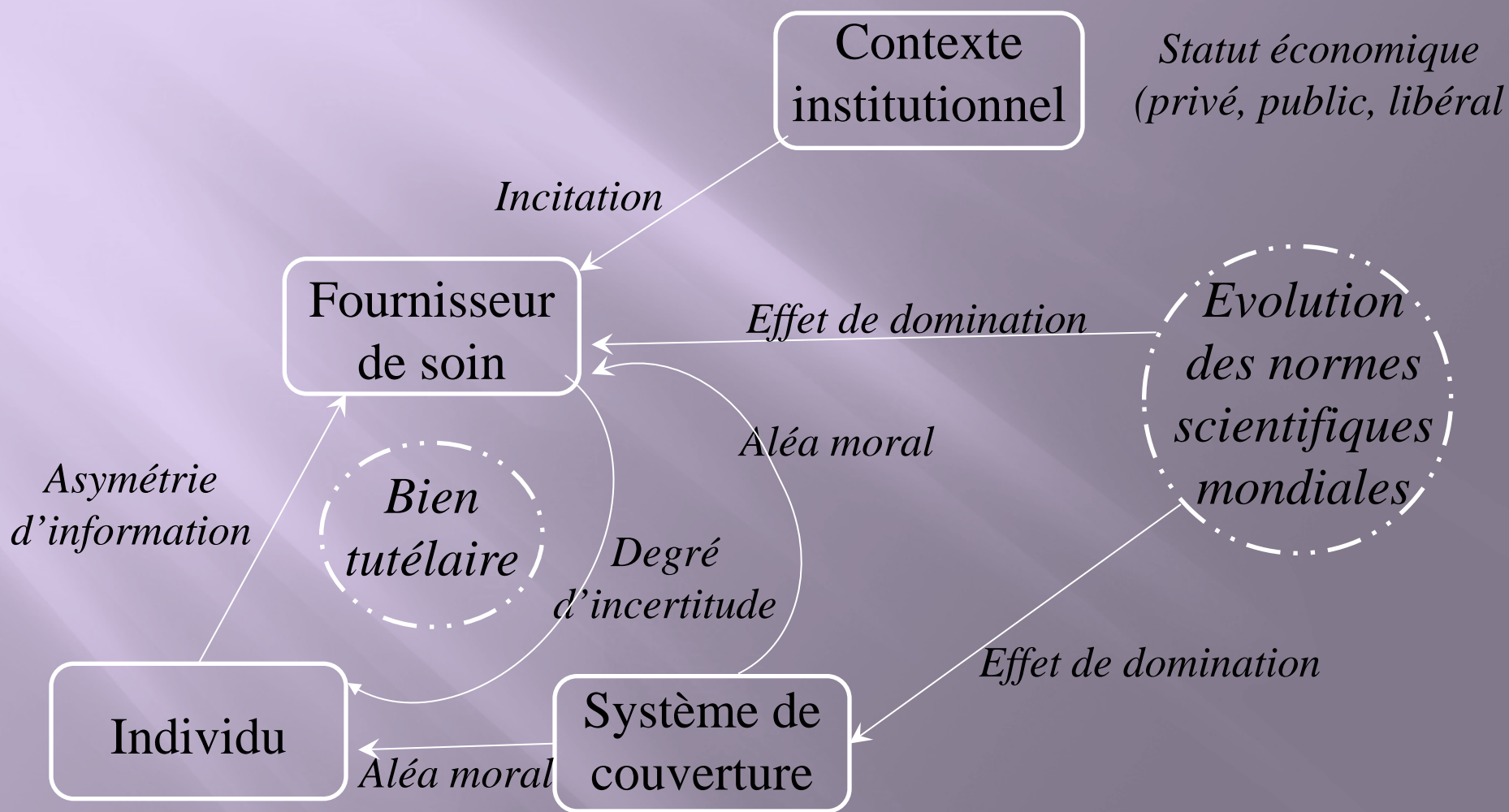
- Dans l'analyse des trajectoires historiques, comment surmonter le problème de causalité circulaire?
- Comment prendre en compte la différenciation des trajectoires nationales ?
- L'inadéquation des théories statiques formalisant un équilibre en l'absence de changement technique.

III. Les théories économiques face à la spécificité de la santé

1. La santé est un bien tutélaire

- Une asymétrie d'information entre patients et personnel médical
- Une incertitude quant aux résultats des traitements
- Une sous-estimation des risques et erreurs d'anticipation (addiction)
- A la charnière entre bien public (vaccination) et consommation privée.

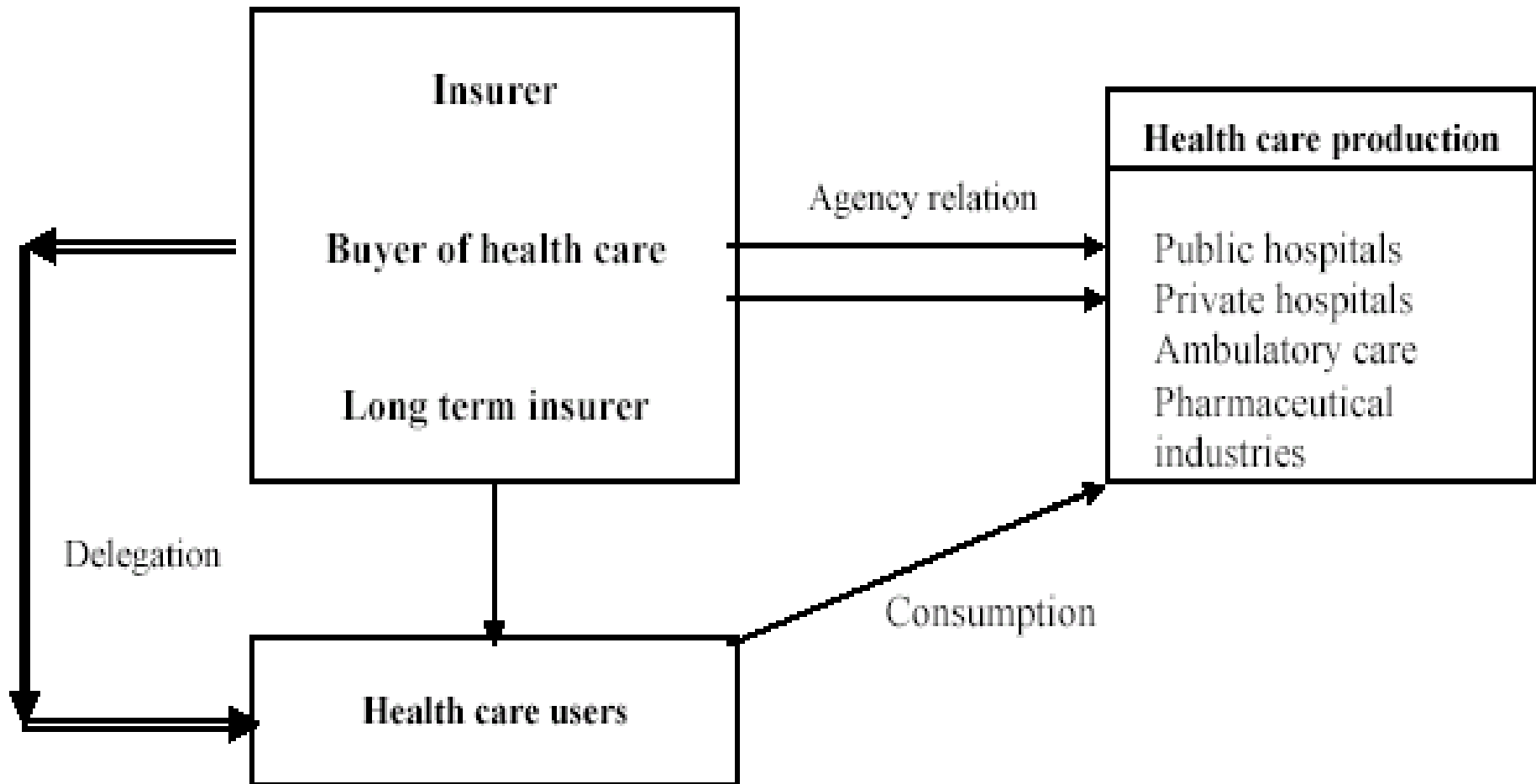
La santé n'est pas un service comme les autres, c'est un bien tutélaire



2. *L'analyse microéconomique*

- L'interdépendance d'un réseau d'acteurs...
- ...Dotés de pouvoirs inégaux et d'informations partielles...
- ...Rend inopérantes les catégories de la microéconomie standard ...
- ...Et la théorie du contrat...
- ...Et celle des incitations de marché.

Le service de la santé met en jeu un réseau d'acteurs dont il est difficile de maîtriser les résultats en terme de bien-être



Source: Adapted from Henriët D., Rochet J.-Ch. (1999: 22)

3. *L'analyse macroéconomique*

- La théorie physiocratique : **la terre** seule productrice, la démographie comme variable d'ajustement
- L'économie politique des classiques : terre, **capital et travail** et la convergence vers un état stationnaire
- L'analyse de Marx : **produire du capital avec du capital** comme loi de l'accumulation...

...Et la tendance à l'automatisation de la création de **valeur**.

- L'apport de Schumpeter : des innovations productives organisationnelles pour stimuler le capital
- La réinterprétation par Sraffa des classiques : la production des marchandises par des marchandises
- Les théories de la croissance endogène : produire de nouvelles idées à partir des anciennes pour renouveler la production.
- La finance moderne : produire de l'argent avec de l'argent sans autres intermédiations
- La production de l'Homme par l'Homme : éducateurs, formateurs, personnels de santé et artistes comme producteurs de l'homme lui-même.

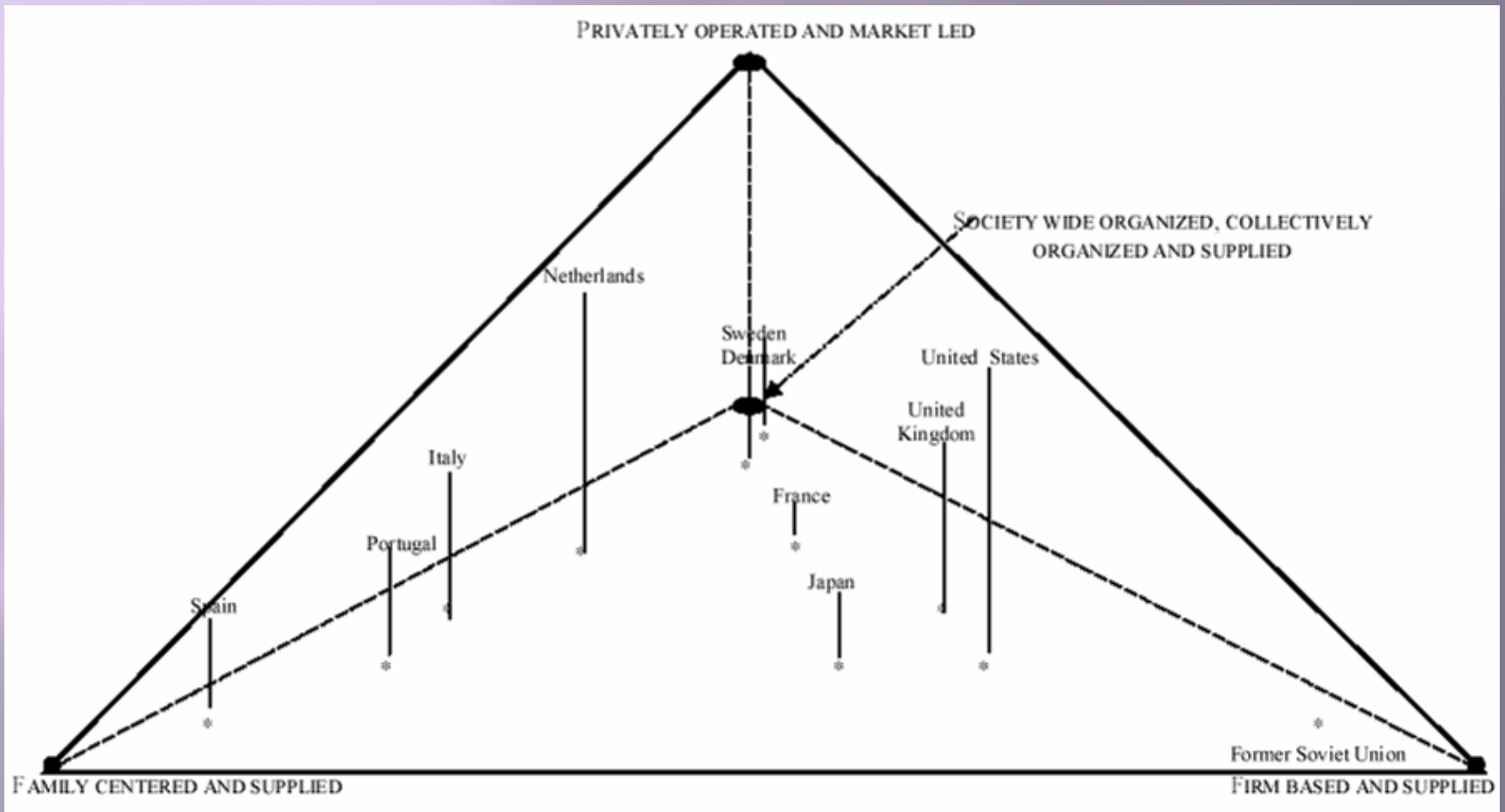
IV. Problèmes institutionnels et organisationnels

1. Production, organisation et financement

Trois principes d'organisation de la couverture sociale et de son financement

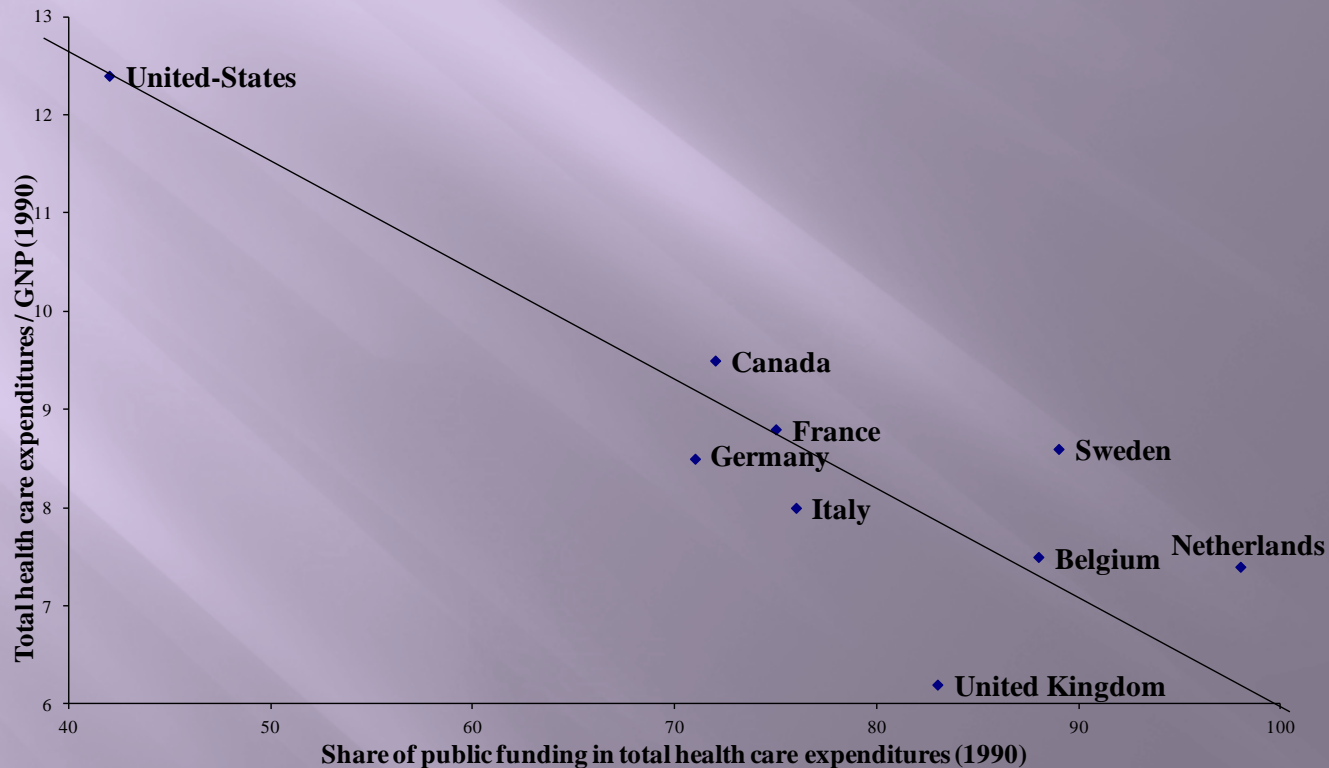


Une quatrième dimension : la stratégie de privatisation



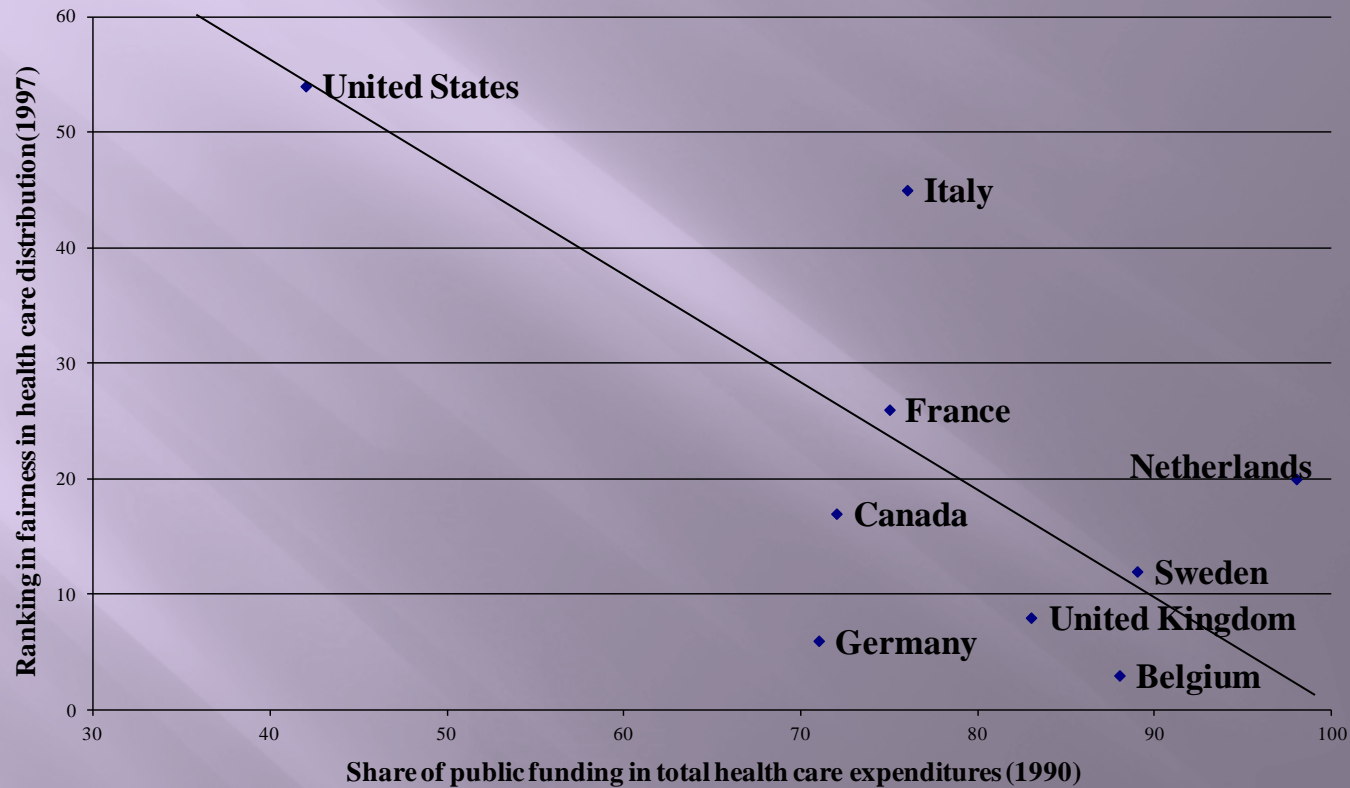
2. *La croyance en la supériorité du privé sur le public est-elle fondée ?*

Plus la part du financement public est importante, moins sont les dépenses totales de santé



Source : CREDES. Extracted from Henriët D., Rochet J.-Ch. (1999 :117)

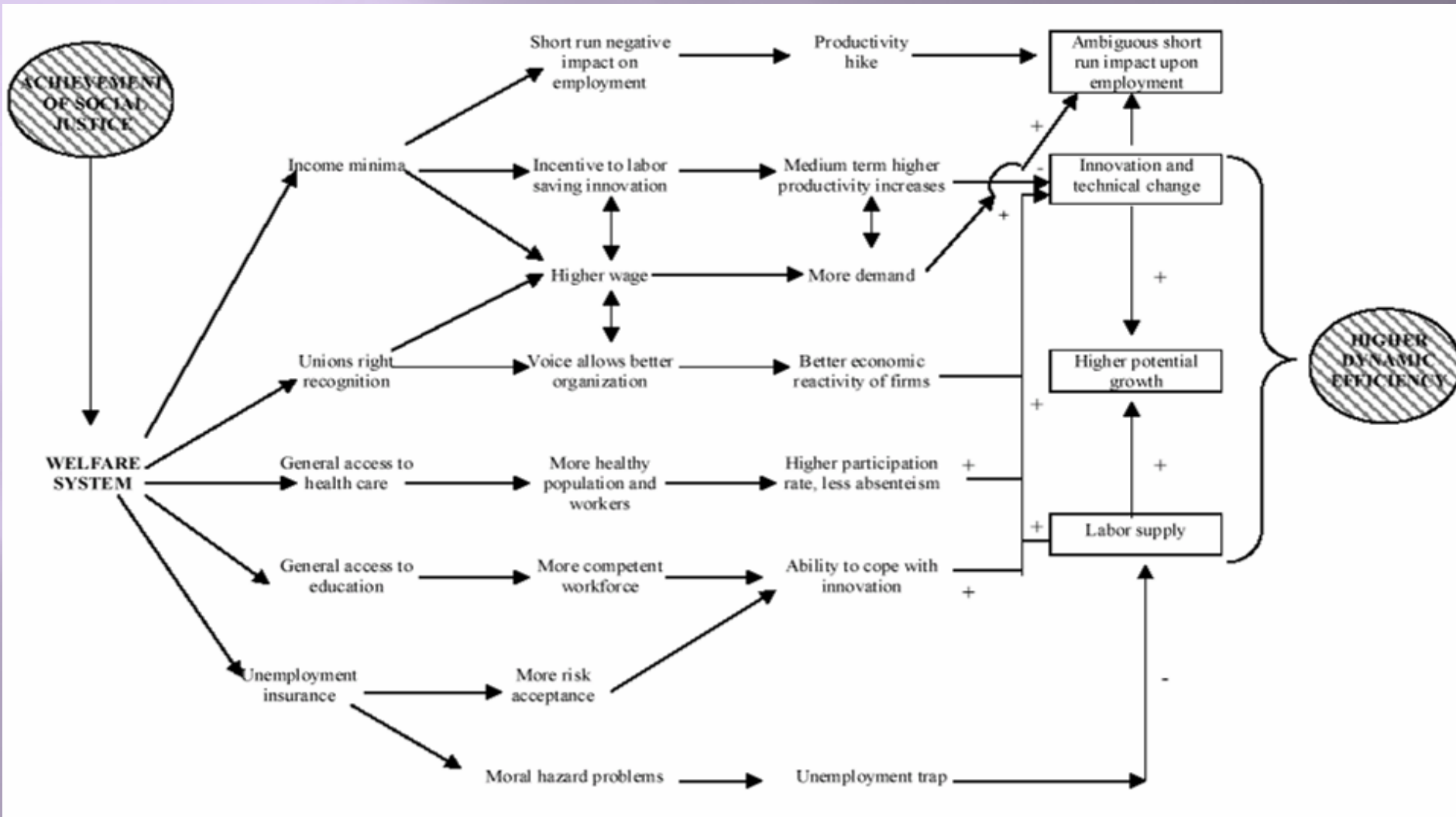
Le financement public implique une plus grande justice dans la distribution des services de santé



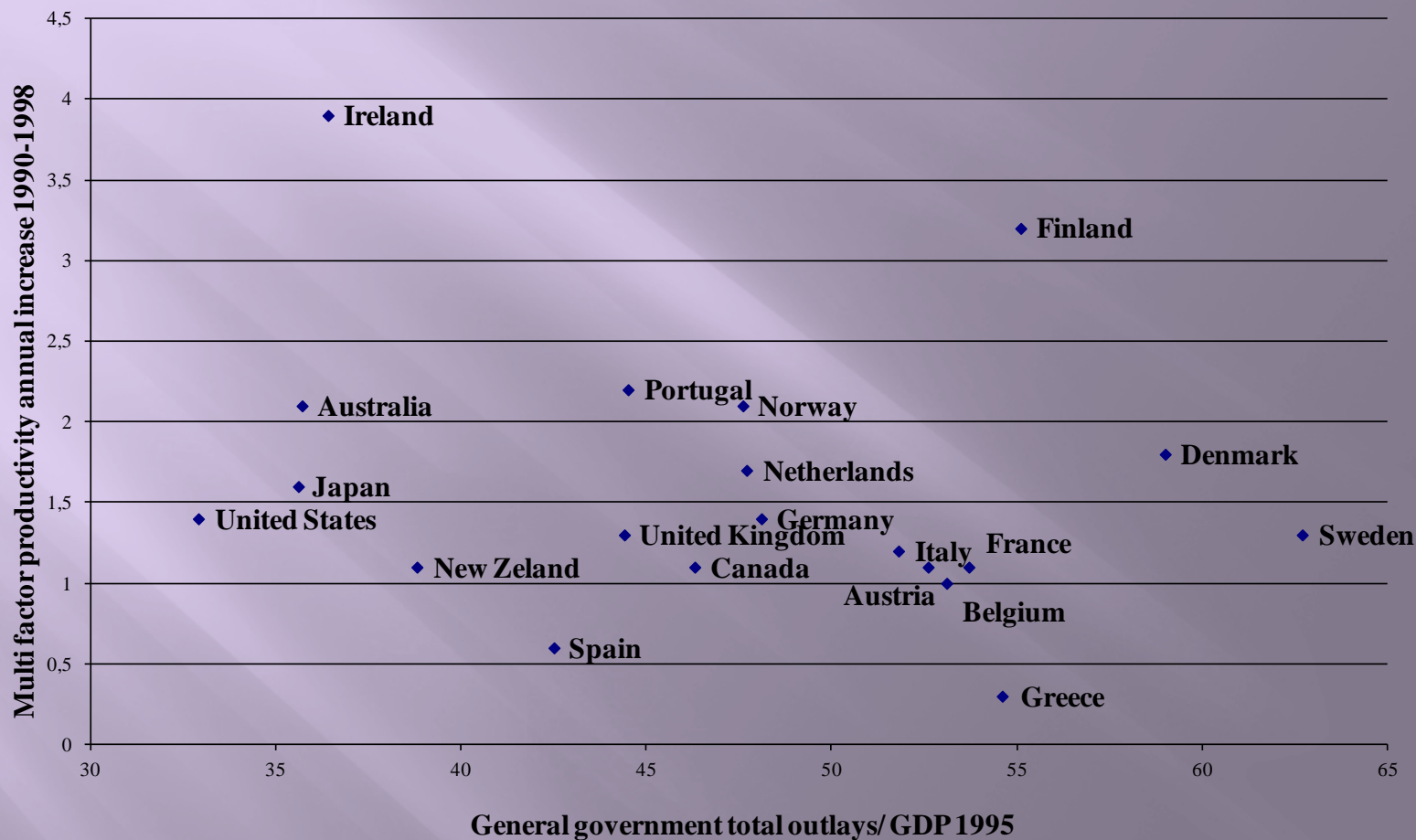
Source : Computed from Henriët D., Rochet J.-Ch. (1999: 117,119) and World Health Organization (2000: 152-155)

3. *La couverture sociale (dont la santé) n'est pas qu'un coût, c'est aussi une contribution au bien-être, et sous certaines conditions, à la croissance*

Les composantes d'un modèle anthropogénétique (éducation, santé, droit d'expression)

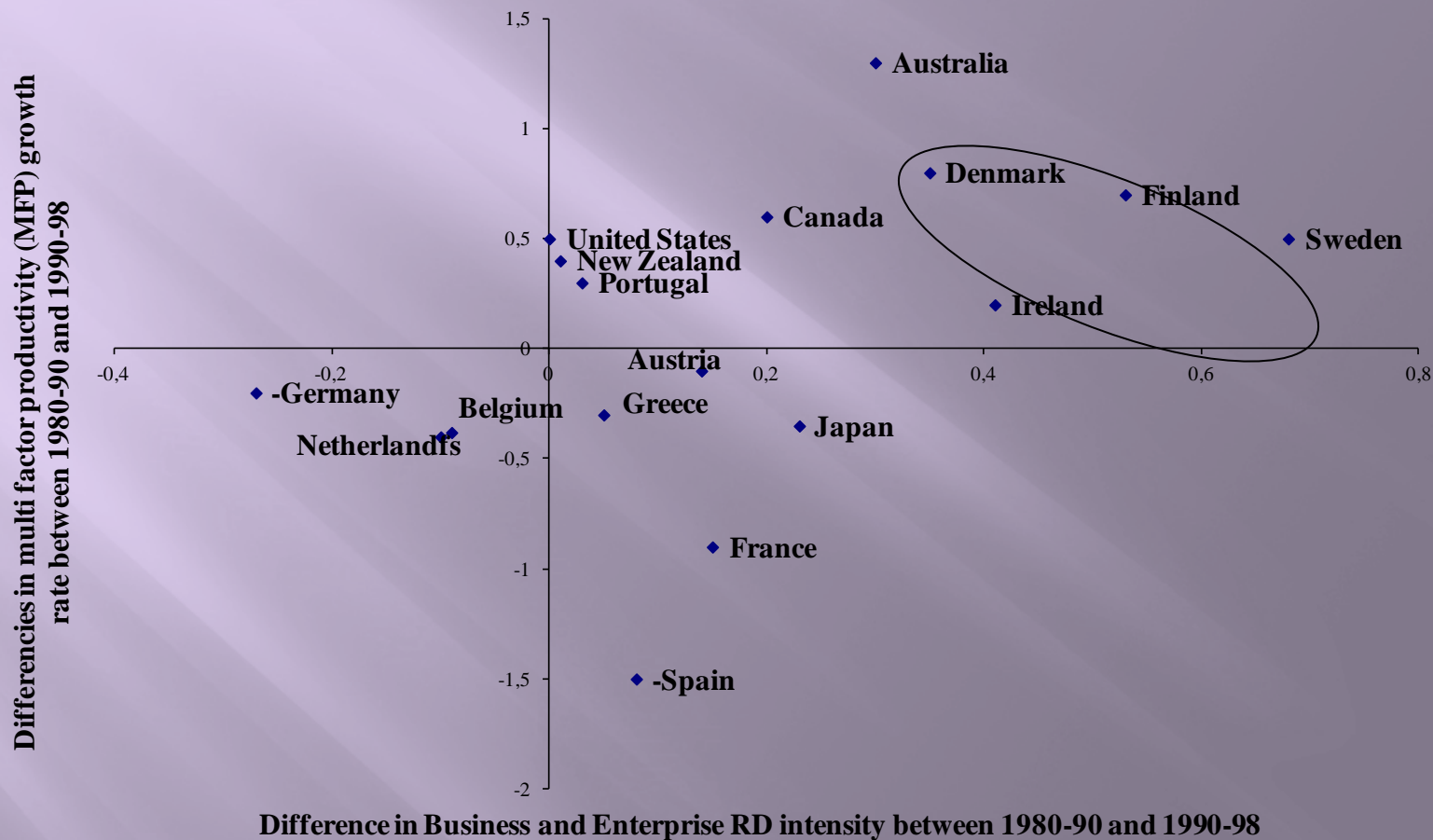


La relation entre transferts publics (1995) et productivité globale des facteurs (1990-1998)



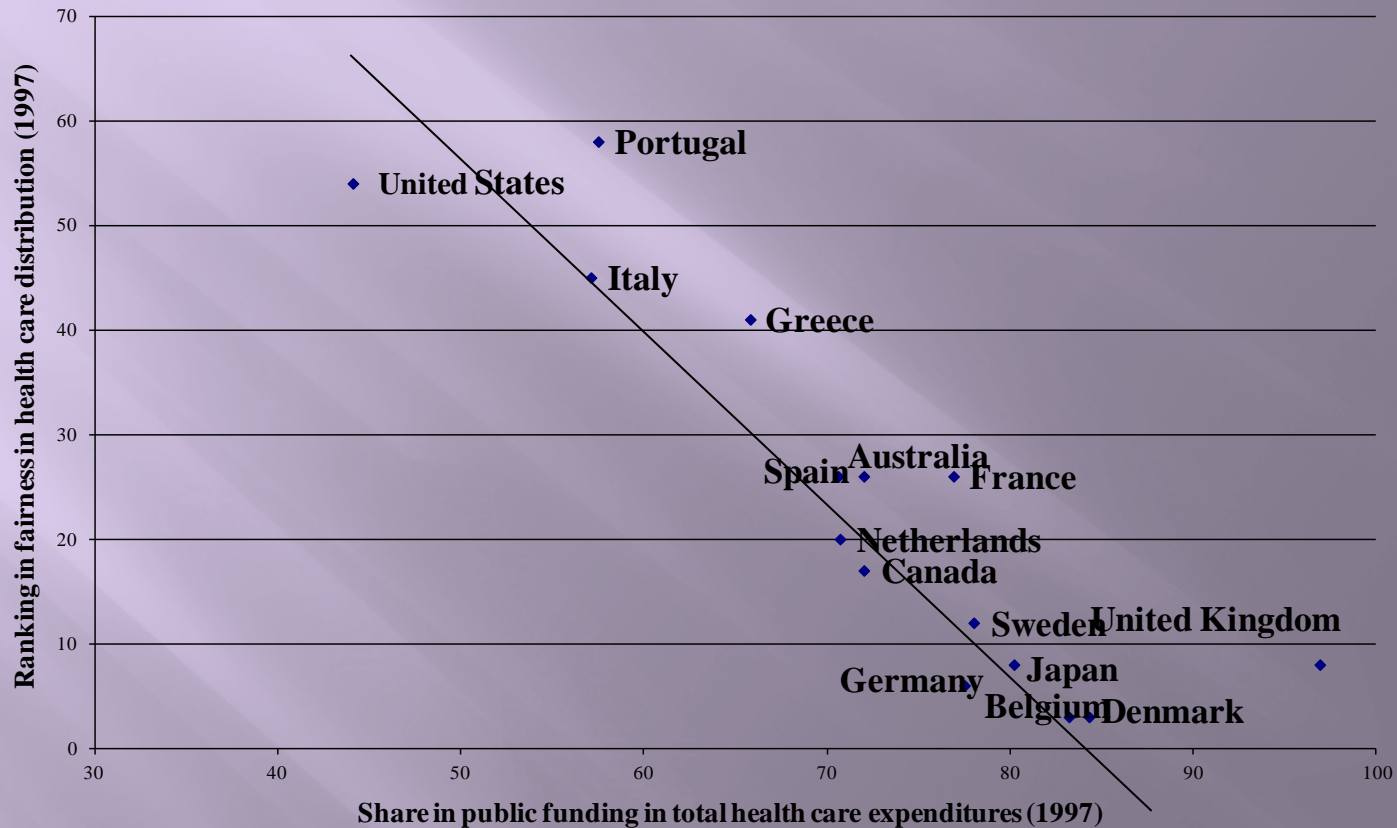
Source: Computed from OECD *Economic outlook*, December 1999, Statistical Appendix

Les pays nordiques à la pointe de l'innovation technologique

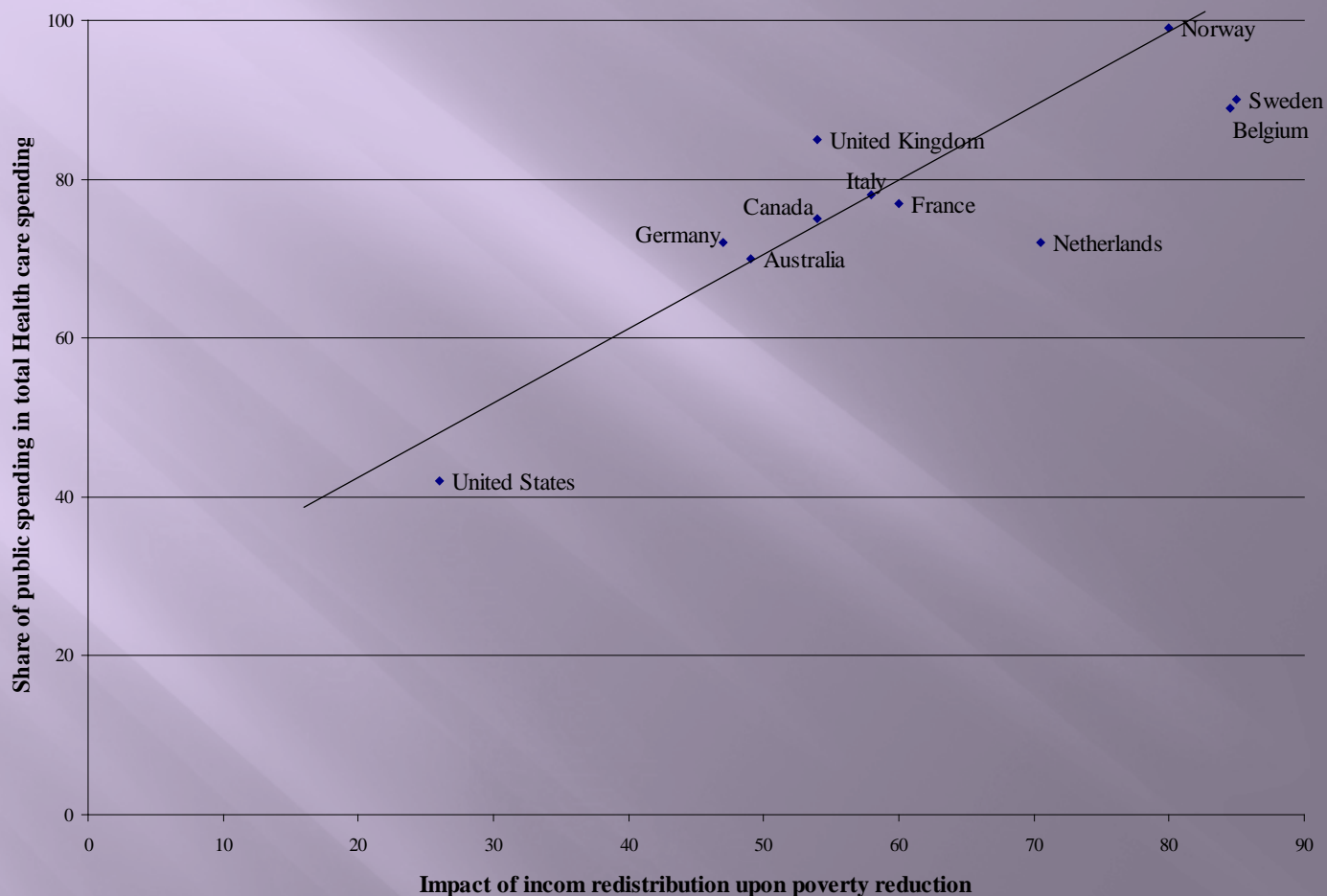


Source: Bassanini A., Scarpetta S., Visco I. (2000: 27)

La relation entre rang en matière de justice de distribution de la santé et financement public



Un lien entre réduction de la pauvreté et part du financement public de la santé



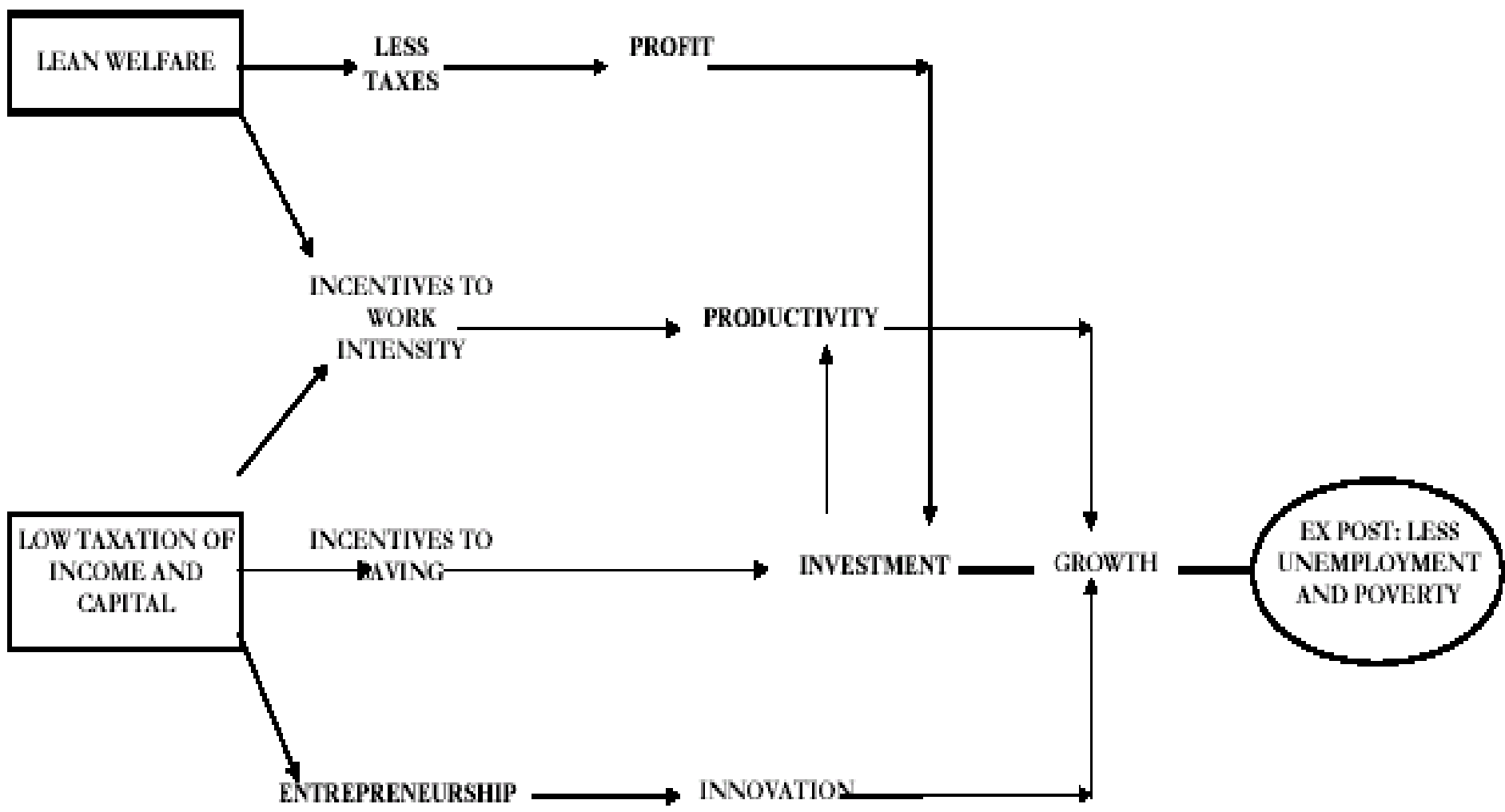
Source : OCDE. Extracted from Henriët D., Rochet J.-Ch. (1999 :119)

4. *Une grande variété de configurations à l'échelle internationale*

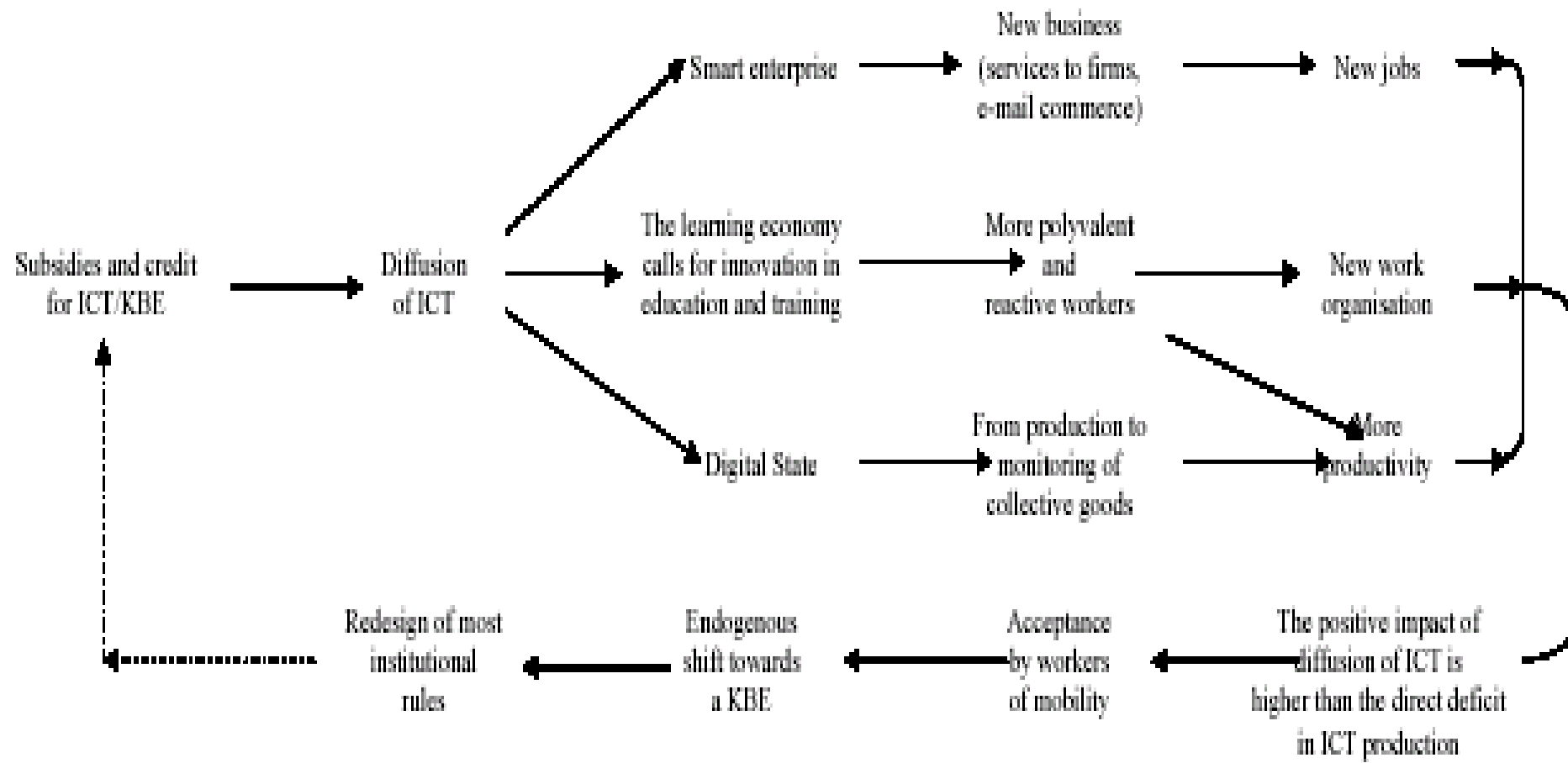
Countries	Belgium	Denmark	Germany	France	Italy	Netherlands	Portugal	Spain	Sweden	United Kingdom
Nature of the system										
•National Health Care System		X			X		X	X	X	X
•Reimbursement System	X			X						
•Contractual System			X			X				
Leading financing source	Social Security	Tax	Social Security	Social Security	Social Security + Tax	Social Security + Private regime	Tax	Tax	Tax + Social Security	Tax

V. Sous la révolution de l'information perce le modèle anthropogénétique

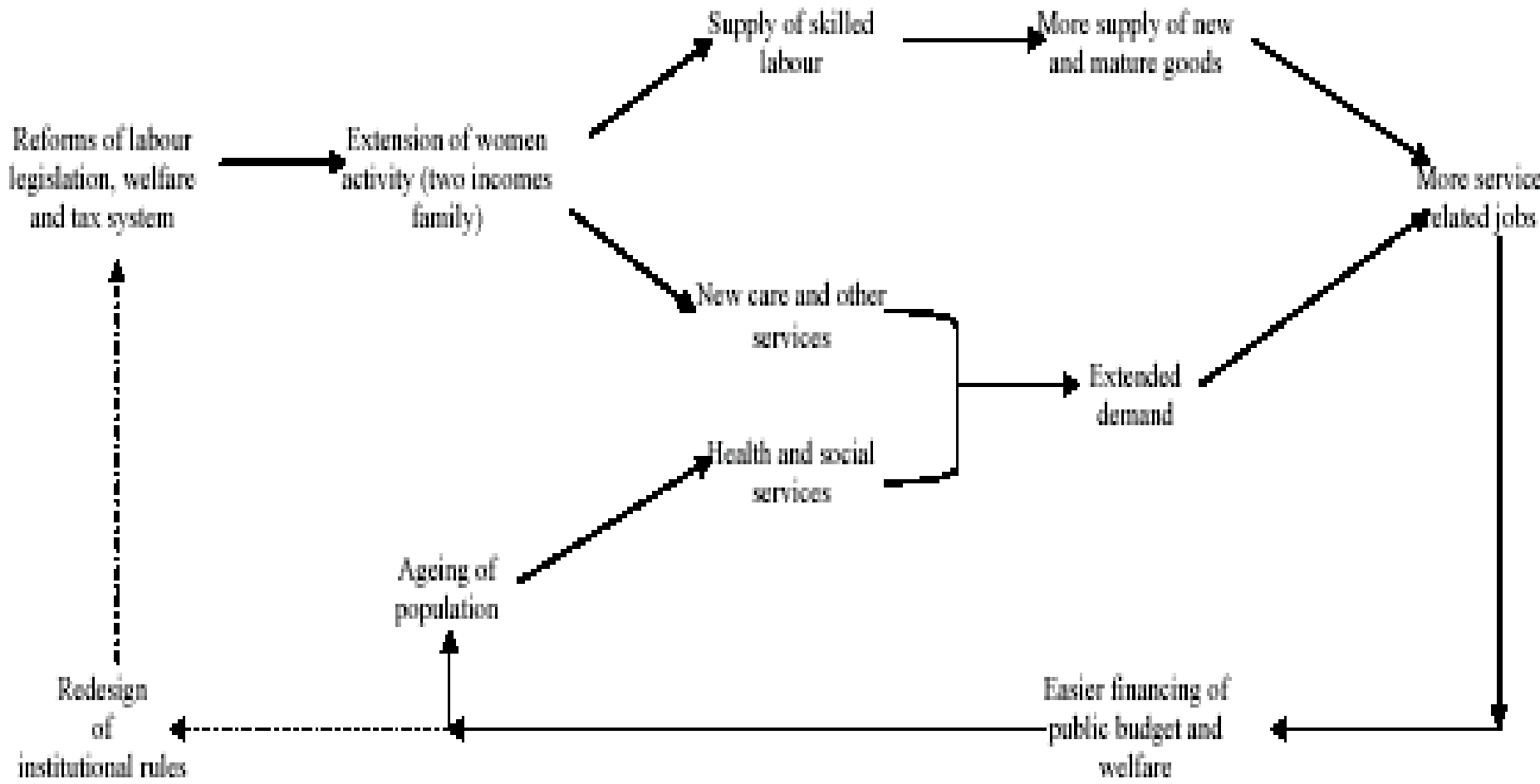
1. *Le projet libéral d'une croissance tirée par la concurrence : la couverture sociale publique est un handicap*



2. Le projet néo-Schumpétérien : convertir les technologie de l'information en un vecteur de l'économie de la connaissance : le primat de l'éducation

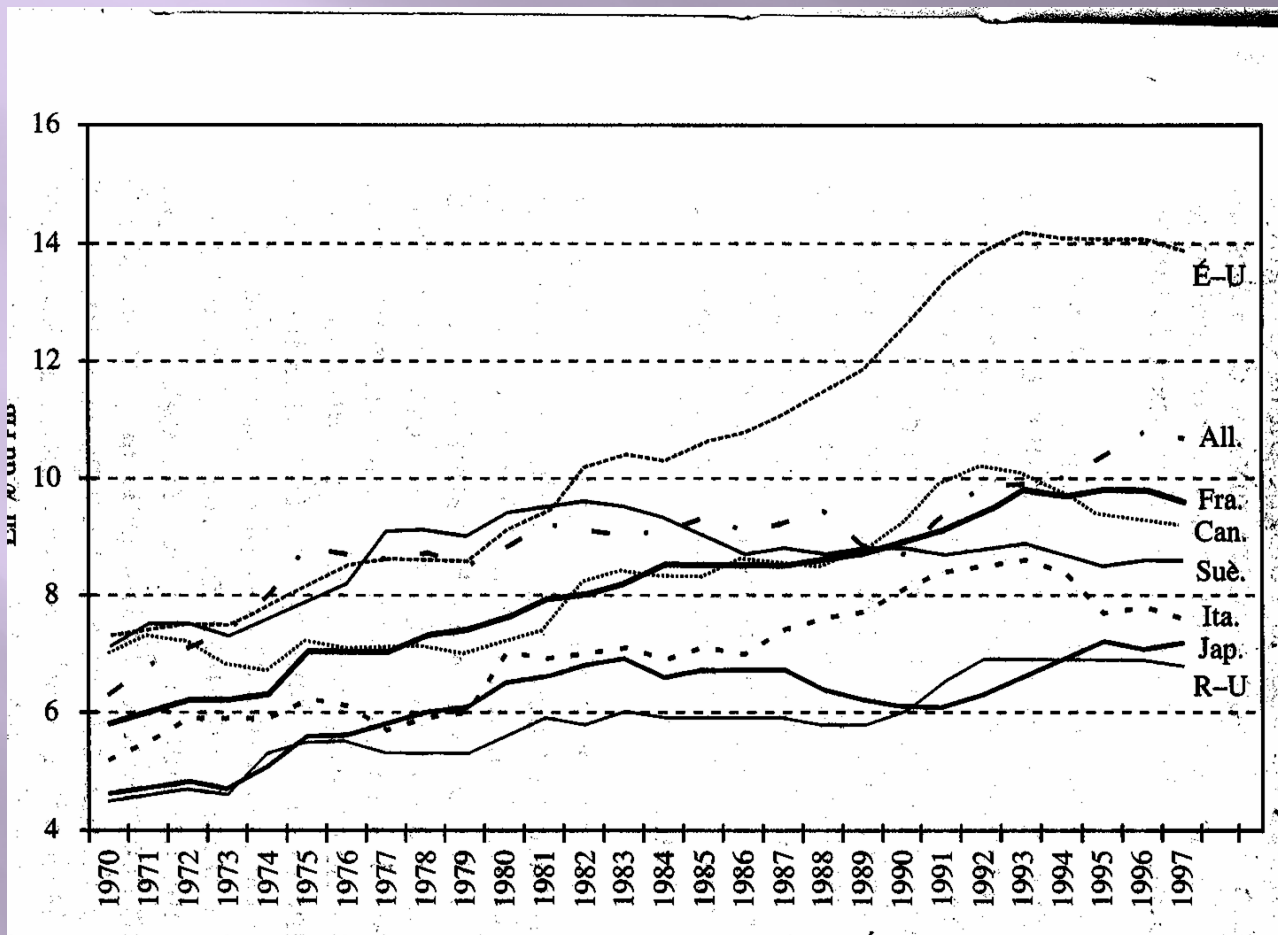


3. Une refondation de la couverture sociale comme fondement d'une économie de la prospérité



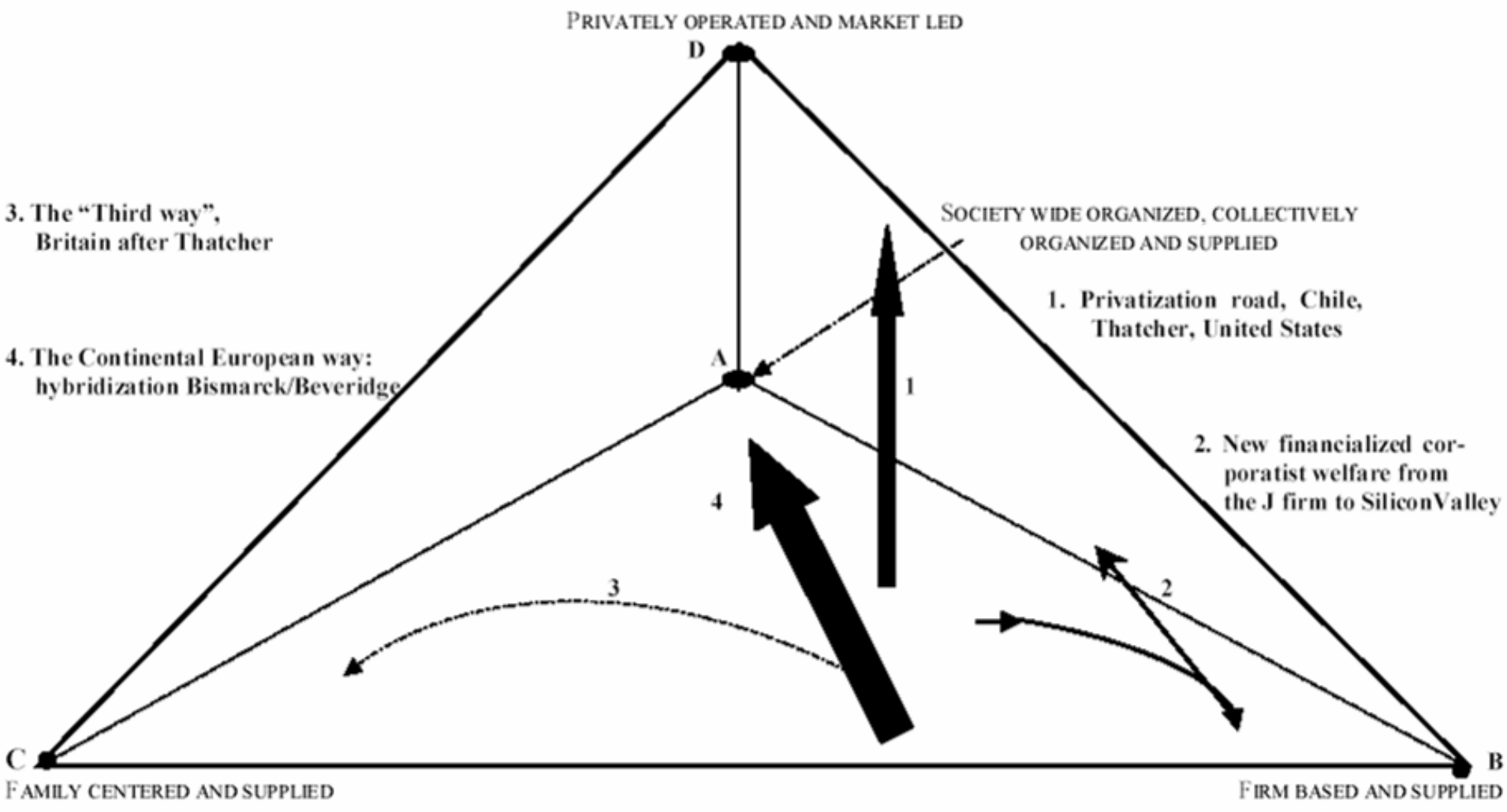
4. L'échec des systèmes privés de santé : explosion des coûts, inégalités

Part des dépenses de santé/PIB

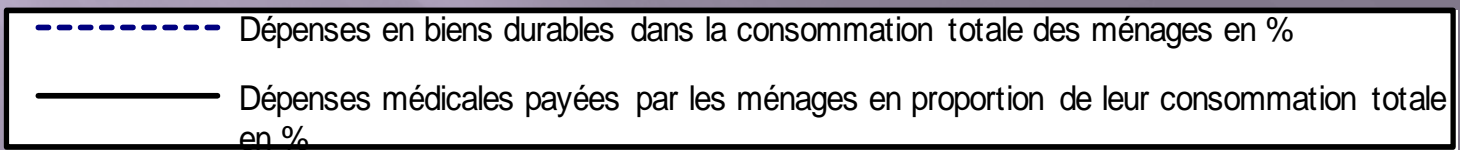
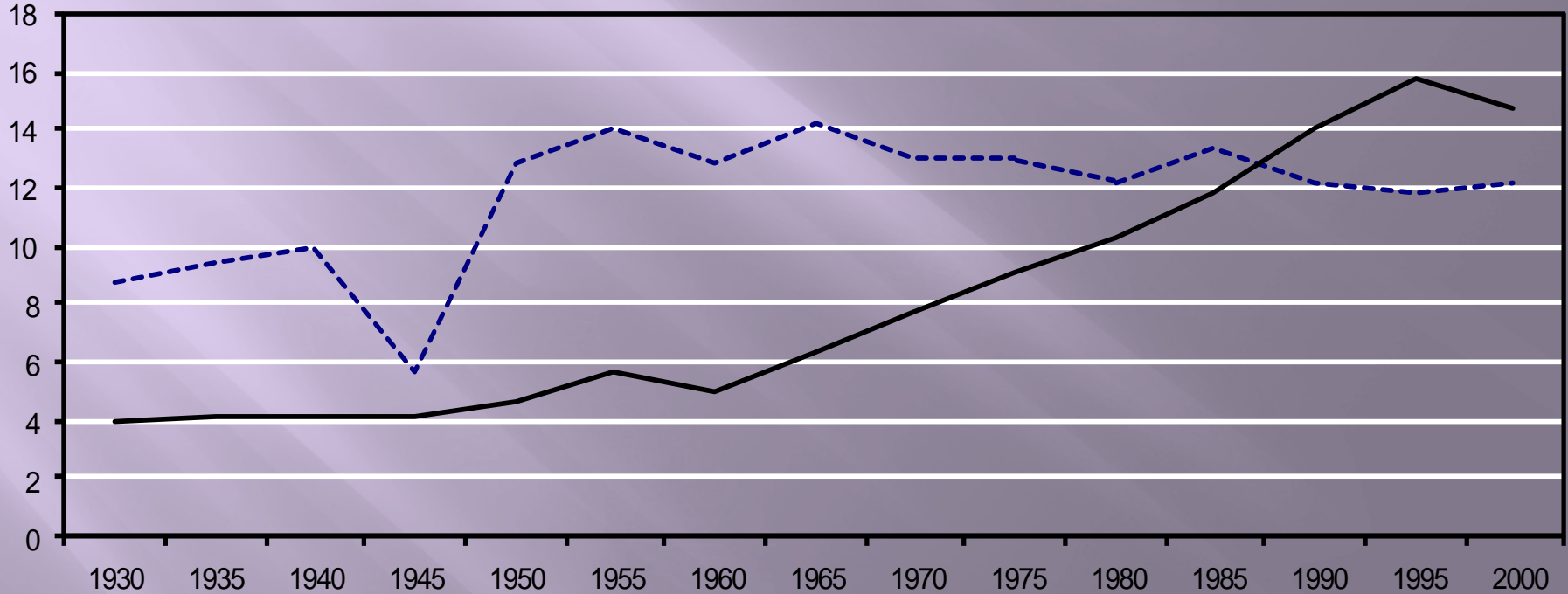


Source : OCDE-CREDES (1999)

5. Reconnaître la multiplicité des stratégies de réforme des systèmes de santé



6. *Les Etats-Unis : affirmation du modèle anthropogénétique, non reconnu comme tel*



7. Un Japon méconnu : il explore les voies d'un modèle anthropogénétique

	Etats-Unis	Japon	Suède	
1. Espérance de vie				
- Homme	75.4	79.3	78.8	
- Femme	80.5	86.1	82.9	
2. Taux d'éducation supérieure				Corée
- Homme	48.7	58.8		89.5
- Femme	60.6	56.4		96.5
3. Dépenses de santé				
- /tête PPP 2010	3967	2443		
- Docteur / 1000 personnes	2.3	2.9		
4. Inégalités				France
- GINI du revenu (2009)	0.471	0.357	0.270	0.286
5. Fertilité				
- 2005-2010	2.07	1.32	1.90	2.02
6. Population urbaine (%)				
- 2011	84.7	91.3		
7. Population > 65 ans				
- 2010	13.1	22.7	22.6	
8. Dépenses publiques d'éducation				
- % PIB (2009)	5.4	3.4		
- Défense/PIB	4.7	1.0		
9. Crimes, Homicides				France
- (100 000)	5.0	0.9		2.6

Source : Keizai Koho Center (2013), *Japan 2013*.

CONCLUSION

- C1 – La croissance, apparemment inexorable des coûts de santé défie la pertinence des théories économiques et leur focalisation sur l'efficacité des mécanismes de marché.**
- C2 – Les analyses en coupe internationale ou sur données individuelles ne livrent pas les clés d'une interprétation de la croissance des coûts à partir d'une équation de demande traditionnelle.**
- C3 – La santé est un bien tutélaire dont il est particulièrement difficile de mesurer la contribution au bien-être**

C4 – A la lumière de données et de méthodologie, certes anciennes, il est largement erroné d'attribuer la croissance des coûts hospitaliers à une mauvaise gestion ou à la violation du principe de la concurrence.

C5 – Contrairement aux autres secteurs dans lesquels le changement technique réduit les coûts, le secteur médical se caractérise par une croissance des coûts améliorant la qualité des soins, donc de la réponse à une même affection et les nouvelles maladies sont de plus en plus rebelles.

C6 – Il est donc illusoire de compter sur l'instauration de mécanismes de concurrence pour enrayer une tendance séculaire.

C7 – Il existe *a priori* une multiplicité de configurations des systèmes de santé, en fonction du contexte sociopolitique et il semblerait qu'un fort contrôle public favorise tant l'efficacité qu'une plus grande justice dans la distribution des soins

Pour en savoir plus

- *Les financiers détruiront-ils le capitalisme*, Economica, Paris, 2011.
- *La croissance début de siècle*”, Albin Michel, Paris 2002.
- “The French Welfare State” WP Cepremap n° 2000-07.
- “Essai d’analyse de la dynamique des coûts hospitalier”, Mémoire de DEA, Octobre 1971, Paris.

Robert BOYER
Institut des Amériques
60 Boulevard du Lycée
92170 - VANVES, France

e-mail : r.boyer2@orange.fr

web site : <http://www.jourdan.ens.fr/~boyer/>
<http://robertboyer.org>