



N° 572 • mai 2007

Cinquante-cinq années de dépenses de santé Une rétopolation de 1950 à 2005

En cinquante-cinq ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a crû très fortement, passant de 2,5 % en 1950 à 8,8 % en 2005.

La structure des dépenses de soins et de biens médicaux a connu peu de modifications sur l'ensemble de la période, malgré quelques fluctuations au cours du temps. La part des dépenses de soins hospitaliers est passée de 43,1 % en 1950 à 44,5 % en 2005. Le taux de croissance annuelle du montant des dépenses hospitalières, +15 % dans les années 1950, a ralenti fortement pour s'établir à +3 % en 2005. La part des soins ambulatoires qui représentait 27,3 % de la CSBM en 1950 a varié autour de cette valeur sur l'ensemble de la période.

Les dépenses de médicaments en ambulatoire ont présenté, quant à elles, une évolution plus heurtée. Leur part dans la CSBM est passée de 25,1 % en 1950 à 17,5 % en 1983 puis est remontée à 20,8 % en 2005.

La part du financement de la CSBM par la Sécurité sociale qui s'élevait à 51 % en 1950, a nettement progressé pour se stabiliser à 77 % entre 1990 et 2005. La part assumée par l'État, de 12 % en 1950, a quant à elle fortement diminué pour se stabiliser autour de 1 % entre 1990 et 2005. Symétriquement, la part de la CSBM supportée par les mutuelles, de 5,8 % en 1950, a atteint 7,3 % en 2005, et celle laissée à la charge « des ménages et des assurances complémentaires hors mutuelles » est passée de 31 % en 1950 à 14 % en 2005.

Annie Fenina

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités



Ministère de l'Emploi,
de la Cohésion sociale
et du Logement

Ministère de la Santé
et des Solidarités

LA RÉTROPOLATION des comptes de la santé sur la période 1950 à 2005 dans la nouvelle base des Comptes nationaux dite « base 2000 » [1] [2] permet désormais d'analyser sur cinquante-cinq ans les données relatives à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et à son financement. Chaque année, les comptes de la santé fournissent une information sur le montant de la CSBM, sa répartition entre différents postes de dépense, et la ventilation de son financement entre divers agents économiques¹ [3] [4]. Des changements de méthodologie ont affecté dès 2004 le système des comptes nationaux dans son ensemble, notamment lors du passage à la « base 2000 », avec un impact sur les comptes de la santé. Il a paru utile de construire des données de dépenses homogènes sur une longue période 1950-2005. Cette rétropolation sur cinquante-cinq ans porte sur les chiffres relatifs à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Ces données sont ventilées suivant les nomenclatures et les définitions retenues par les comptes de la santé (encadrés 1 et 2).

La part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB a fortement crû en cinquante-cinq ans

De 1950 à 2005, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB a été multipliée par 3,5, passant de 2,5 % à 8,8 % du PIB (graphique 1). La consommation de soins et de biens médicaux en valeur a progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,5 points à celui du PIB, 11,2 % pour la CSBM contre 8,7 % pour le PIB.

Cette croissance des dépenses est liée à plusieurs facteurs [5] : l'augmentation de l'offre de soins induit une progression des dépenses tant que la demande n'est pas saturée ; le progrès technique permet une prise en charge plus large et plus performante des pathologies mais peut accroître les coûts ; la solvabilisation de la demande, par une meilleure prise en charge de la CSBM par la collectivité, permet un accès plus

large de la population au système de soins ; les facteurs démographiques (effectif et âge) accroissent la demande de soins. La plupart des pays de l'OCDE ont connu une croissance analogue de leur Dépense Nationale de Santé² ; la France se place, en 2004, au quatrième rang pour la part de dépense nationale de santé dans le PIB, après les États-Unis, la Suisse et l'Allemagne.

Cette évolution de la CSBM est d'autant plus remarquable qu'elle incorpore un effet prix fortement orienté à la baisse. En cinquante-cinq ans, le prix relatif de la consommation de soins et de biens médicaux comparé à celui du PIB a en effet reculé de -0,2 % par an en moyenne, soit -9 % en cumul sur l'ensemble de la période (graphique 2). Après une légère hausse des prix relatifs de la santé au cours des années cinquante et soixante, le mouvement de baisse s'est concentré sur la période 1970-1985 et a porté en particulier sur le médicament, puis s'est stabilisé au milieu des années quatre-vingt. En conséquence de ces évolutions des prix, l'écart de croissance annuelle moyenne en volume³ entre la CSBM et le PIB s'établit à 2,6 points sur l'ensemble de la période, +6,2 % en moyenne par an pour la CSBM, contre +3,6 % pour le PIB (tableau 1). Il faut toutefois souligner que les méthodes utilisées pour calculer l'évolution des prix conduisent à des évolutions particulièrement lentes pour des biens et services de santé qui sont marqués par un très fort renouvellement de la gamme des produits. Lorsque la croissance du marché se porte de façon importante sur de nouveaux produits, comme dans le cas des médicaments, les indices des prix mesurent seulement les variations des prix des produits présents deux années consécutives sur le marché qui sont, quant à elles, généralement faibles.

Une tendance à la reprise au cours des dernières années

Jusqu'en 1985, l'écart de croissance en volume entre la consommation de soins et de biens médicaux et le PIB a été particulièrement important (tableau 1). Ainsi, la CSBM pro-

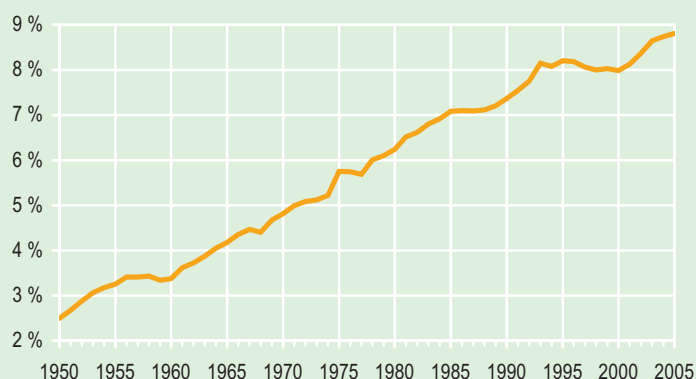
1. Sécurité sociale, État et collectivités locales, organismes dispensateurs de couvertures complémentaires maladie, ménages.

2. La dépense nationale de santé est l'agrégat utilisé pour les comparaisons internationales au sein des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Pour la France, elle est évaluée à partir de la CSBM à laquelle on ajoute la prévention, les coûts de gestion et la formation brute de capital fixe du secteur hospitalier public.

3. Indice de valeur déflaté par l'indice des prix.

GRAPHIQUE 1

Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB (en valeur)



Sources • Drees, rétropolation des comptes de la santé.

TABLEAU 1

Taux de croissance annuels moyens de la CSBM et du PIB

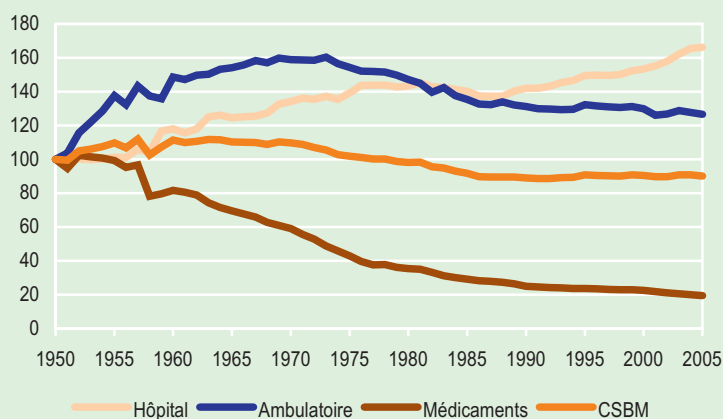
	Taux de croissance annuels moyens		
	CSBM en volume	PIB en volume	Prix relatif de la santé ¹
1950-1955	9,4	5,7	1,9
1955-1960	6,3	5,8	0,3
1960-1965	10,8	5,9	-0,2
1965-1970	8,5	5,4	-0,1
1970-1975	8,8	3,5	-1,5
1975-1980	5,8	3,3	-0,7
1980-1985	5,5	1,5	-1,4
1985-1990	4,7	3,3	-0,6
1990-1995	3,0	1,2	0,4
1995-2000	2,3	2,8	0,0
2000-2005	3,6	1,5	-0,1
1950-2005	6,2	3,6	-0,2

1. Rapport entre les indices de prix de la CSBM et du PIB.

Sources • Drees, rétropolation des comptes de la santé.

GRAPHIQUE 2

Évolution du prix relatif de la consommation de soins et de biens médicaux et de ses composantes, par rapport au prix du PIB (1950=100)



Sources • Drees, rétropolation des comptes de la santé.

gressait de 9 à 10 % par an en volume entre les années 1950 et 1975, avec une pointe de cinq points d'écart de croissance à celle du PIB dans la période 1970-1975. Avec les différentes réformes de la Sécurité sociale cet écart s'est progressivement réduit à partir de 1985, une première étape correspondant aux mesures prises par le plan « Séguin » en 1986 et 1987 puis entre 1995 et 2000 par le plan « Juppé », conduisant à une croissance de la consommation de soins et de biens médicaux qui a même été très légèrement inférieure à celle du PIB. Les années 2000 à 2003, avec un retour aux tendances antérieures, marquent à cet égard une nouvelle inflexion.

La convergence globale des rythmes de croissance de la consommation de soins et de biens médicaux et du PIB en volume et en prix a conduit ainsi à une stabilité de la part dans la CSBM dans le PIB autour de 8,0 % entre 1993 et 2001, mais une reprise se fait sentir de 8,4 % en 2002 et à 8,6 % en 2003.

Toutefois, un ralentissement de la croissance de la part de la CSBM dans le PIB se manifeste en 2004 et 2005 dans le contexte de la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie.

En cinquante-cinq ans, peu de changements de la structure de la consommation de soins et de biens médicaux

Si l'on considère l'ensemble de la période 1950-2005, la composition des dépenses de soins et de biens médicaux a connu des modifications relativement heurtées (graphique 3). La part des dépenses de soins hospitaliers – publiques et privées – a seulement gagné un point sur l'ensemble de la période passant de 43,1 % en 1950 à 44,5 % en 2005. La part des soins ambulatoires (27 % en début et fin de période) a enregistré une évolution plus régulière, avec des fluctuations de moindre amplitude. C'est la part des médicaments qui a le plus varié, avec une diminution de trois points sur l'ensemble de la période, cette baisse étant progressive de 1974 jusqu'au début des années 1980, et ce, en dépit de la

Les comptes de la santé et la rétropolation

Les comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des comptes nationaux. Ils retracent la production, la consommation et le financement de la fonction santé, entendue selon la comptabilité nationale comme l'ensemble des actions qui concourent au traitement ou à la prévention d'une perturbation provisoire de l'état de santé.

La rétropolation des comptes porte sur les données concernant uniquement la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et consiste à reconstruire ces données, en remontant jusqu'en 1950, selon des concepts et définitions en vigueur dans la méthodologie actuelle des comptes de la santé, dite « base 2000 » [1].

Il paraît donc utile de rappeler les principaux concepts et définitions.

La consommation de soins et de biens médicaux comprend dix rubriques et seize postes détaillés :

- les soins hospitaliers publics (1) et privés (2) (dont honoraires et frais de séjour) ;
- les soins ambulatoires dispensés par les médecins (3), les auxiliaires médicaux (4), les dentistes (5), les laboratoires d'analyses (6) et les établissements thermaux (7) ;
- les transports privés de malades (8) ;
- les médicaments (9) ;
- les autres biens médicaux (10) : optique, prothèses, petits matériels et pansements.

Jusqu'en 1989, les données en valeur figurant dans les séries rétropolées sont saisies à la date de remboursement par les organismes de Sécurité sociale. À partir de 1990, ces données sont répertoriées à la date des soins eux-mêmes. La série présente donc de 1950 à 1989 les défauts du mode d'enregistrement comptable de l'époque. Elle incorpore dans les données les aléas des délais de paiement des organismes de sécurité sociale.

Pour chaque élément de la consommation de soins et de biens médicaux, on

dispose d'évaluations en valeur et en volume aux prix de l'année précédente.

Les producteurs de soins et les distributeurs de biens médicaux reçoivent des paiements de plusieurs agents économiques financeurs : l'assurance maladie, l'État et les collectivités locales, les mutuelles ainsi que les ménages, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance.

Demande et offre de soins et de biens médicaux

L'approche retenue pour analyser la CSBM dans les comptes de la santé est celle de la demande (consommation de soins par les malades). L'offre de soins, par les producteurs de soins, est analysée sous l'angle des effectifs et des revenus moyens. La différence principale entre les deux approches porte sur la distinction entre « soins ambulatoires » et « soins hospitaliers ».

Ainsi, suivant que l'on s'intéresse à l'hôpital producteur de soins ou au malade consommateur de soins hospitaliers (hospitalisation complète), les dépenses des consultations externes des établissements publics de santé (EPS) sont comptées dans les dépenses hospitalières ou dans les dépenses ambulatoires. De même les montants des honoraires des médecins libéraux, exerçant partiellement dans les cliniques privées dans le cadre d'une hospitalisation complète, sont rattachés aux soins hospitaliers dans l'optique de la rétropolation et des comptes de la santé.

Une rétropolation de la CSBM sur cinquante-cinq ans recouvre une profondeur de champ qui implique que les concepts soient identiques tout au long de la période.

Mais, même avec des concepts clairement définis, le contenu des rubriques, techniquement homogène, évolue qualitativement et change de signification sur longue période : ainsi les soins hospitaliers ont, en 2005, un contenu différent de celui de 1950 et même de 1980. À titre d'exemple, les dépenses en hospitalisation de jour et en séjour de moins de 24 heures, modalités de soins qui n'existaient pas en 1950, représentent, en 2005, environ 15 % de dépenses incluses dans les soins hospitaliers.

Méthodologie de la rétropolation de la consommation de soins et de biens médicaux

Les principales modifications induites par la nouvelle base de la comptabilité nationale, dite « base 2000 », sont liées à une modification du périmètre de la santé pour les hôpitaux du secteur public ; désormais les soins de longue durée correspondant à des perturbations durables, sinon définitives, de l'état de santé quittent le domaine sanitaire pour intégrer le secteur médico-social. Ces dépenses sortent du champ de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) des comptes de la santé pour rejoindre ceux dispensés à l'enfance inadaptée et aux adultes handicapés dans le domaine de l'action sociale¹.

Le principe de la rétropolation est, dans la mesure du possible, de prolonger vers le passé ces modifications en les intégrant aux bases précédentes. On obtient ainsi des séries techniquement homogènes. On doit alors les confronter aux mesures législatives, réglementaires et contractuelles prises pendant cette période. On les met également en perspective avec les événements technologiques, économiques et sociaux à même de les influencer.

La rétropolation de chaque poste est plus ou moins complexe selon le nombre de rubriques constitutives, et plus ou moins ardue selon l'antériorité des sources. Il faut distinguer quatre sous-périodes successives qui voient progressivement s'améliorer la qualité de la rétropolation.

De 1990 à 2005 : certaines sources essentielles (dates de soins, honoraires perçus en hospitalisation privée...) ont vu le jour à partir de 1992.

De 1980 à 1990 : des sources importantes font défaut. La contribution des concepteurs de la base précédente des comptes nationaux et des responsables des comptes de la santé est essentielle. Elle permet de confronter l'histoire juridique, sociale et économique avec des évolutions *a priori* erratiques.

De 1970 à 1980 : seules sont disponibles les statistiques de prestations de la CNAMTS avec des nomenclatures plus agrégées qu'aujourd'hui et la rétropolation de la base 1980 des comptes.

De 1950 à 1970 : on dispose de séries en valeur et en prix en base 1971 élaborées par le CREDOC. Ces séries reposent en partie sur des données de la CNAMTS dont les définitions ne sont pas complètement compatibles (changement de plan statistique en 1967), et dont le nombre est plus restreint (dix au lieu de seize aujourd'hui).

Méthode d'élaboration du tableau de financement

Les structures du financement ont évolué sur longue période et la fiabilité des estimations par financeur est, comme pour l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux, décroissante au fur et à mesure que l'on s'éloigne dans le temps.

Les résultats sont présentés par période quinquennale. Ont été essentiellement distingués « financement public » et « financement privé ».

Les quatre financeurs retenus sont, pour le financement public, la « Sécurité sociale » et « l'État et les collectivités locales » et, pour le financement privé, les « mutuelles » étudiées sur toute la période et les autres financeurs privés intitulés « ménages »².

Les rubriques détaillées dont le financement est étudié sont les dix rubriques de la consommation de soins et de biens médicaux. Des regroupements sont opérés pour aboutir à des analyses en trois grands postes : les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et les biens médicaux. La détermination du tableau de financement est le résultat d'un processus itératif. Pour le financement public et les mutuelles, on commence par retenir sur les quatre postes regroupés de financement les montants des bases antérieures. C'est donc dans un premier temps l'agent « ménages » qui enregistre la quasi-totalité des incidences des changements de base. Puis les montants de chaque rubrique détaillée sont ajustés pour retrouver les évolutions des structures de financement enregistrées dans les bases antérieures tout en conservant les montants des postes regroupés.

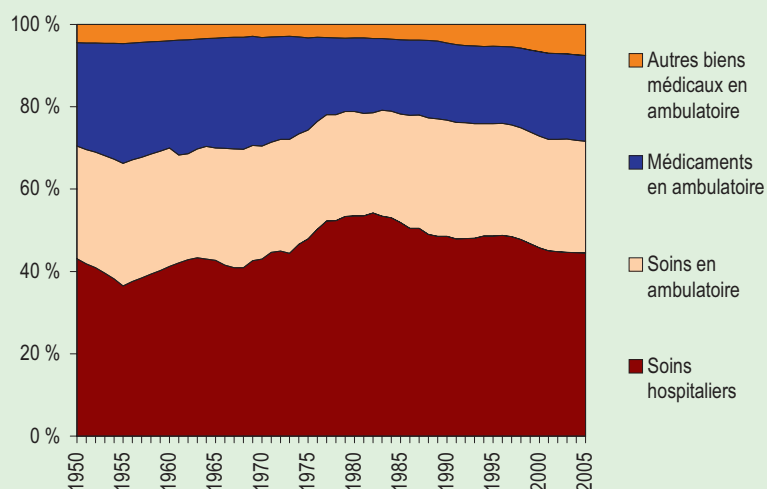
1. Par ailleurs la consommation de prothèses internes implantées en hospitalisation privée a été intégrée à celle de l'hospitalisation privée dans le cadre de l'application de la tarification à l'activité. Antérieurement la totalité du poste prothèses était attribuée aux soins ambulatoires.

Enfin l'hébergement des personnes fréquentant les établissements thermaux n'est plus considéré comme une dépense de santé.

2. Ce poste comprend les dépenses proprement dites des ménages et les remboursements des assurances et des institutions de prévoyance, qui ne peuvent être distingués avant 1992. Ce regroupement est cependant sans conséquence pour la portée de l'analyse, car, la part à charge des ménages s'est peu modifiée depuis le début des années quatre-vingt-dix.

GRAPHIQUE 3

Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur



Sources • Drees, rétropolation des comptes de la santé.

reprise des dernières années : 25,1 % en 1950, 17,5 % en 1983, 20,8 % en 2005. Cependant cette stabilité globale sur l'ensemble de la période étudiée masque des évolutions plus importantes par sous-périodes et selon les catégories de dépenses.

Fortes variations de la part des dépenses hospitalières

L'évolution heurtée de la part des dépenses hospitalières dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux, avec un point bas, 36,5 % en 1955, et un point haut, 54,2 % en 1982, tient en particulier à l'amplitude des inflexions observées dans leur croissance en volume.

La tendance de ces taux de croissance, bien que globalement orientée à la baisse sur l'ensemble de la période, comme celle de la consommation totale de soins et de biens médicaux, a connu deux phases principales. La période 1950-1980 a été marquée par une évolution heurtée avec un rythme annuel d'accroissement des dépenses hospitalières en volume de +6 % à +10 % par an. Pour la période 1980-2005, ce rythme passe de 4 % par an au début des années quatre-vingt à moins de 1 % par an entre 1997 et 2001 et remonte à +1,5 % par an depuis 2002.

Au total, sur l'ensemble de la période, les dépenses hospitalières ont augmenté en volume moins rapi-

dement que l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux, l'écart s'établissant en moyenne à -0,7 point en évolution par an. En revanche, les prix de l'hôpital ont davantage augmenté que ceux de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (graphique 2), avec un écart positif de 0,9 point en moyenne par an. Ces deux évolutions contraires aboutissent à l'augmentation de 1,4 point de la part des soins hospitaliers dans la CSBM entre 1950 et 2005. Le changement majeur qu'a constitué en 1984 la réforme de la tarification hospitalière, avec le passage de la référence au prix de journée à la dotation globale, a sans nul doute exercé une influence sensible sur la croissance des dépenses hospitalières, l'imposition aux budgets hospitaliers de taux directeurs contraignants dès 1979 ayant préparé cette réforme. Depuis 2004, le changement le plus important concerne l'introduction de la tarification à l'activité (dite T2A) des hôpitaux tant du secteur public⁴ que du secteur privé [6]. Si ce nouveau mode de financement vise à une utilisation plus efficace des moyens des établissements de santé, elle peut aussi entraîner une stimulation de l'activité par des prix plus rémunérateurs pour certaines activités.

La part des soins ambulatoires s'est stabilisée

Les fluctuations de la part des soins ambulatoires dans la consommation totale de soins et de biens médicaux ont été moins amples que celles des dépenses hospitalières (graphique 3) et cependant 5 points séparent le maximum de 1955 (29,7 %) du minimum enregistré en 1982 (24,4 %).

En volume, les rythmes d'évolution des soins ambulatoires présentent jusqu'au milieu des années quatre-vingt des profils différents de ceux des soins hospitaliers avec une accélération jusqu'au milieu des années soixante (+7,8 % en 1965), un ralentissement jusqu'en 1977 (+5,9 %) et une nouvelle hausse jusqu'en 1986 (+7,5 %). À partir du milieu des années quatre-vingt, l'évolution en volume des soins ambulatoires entre en phase avec celle de l'ensemble de la CSBM, ralentissant pour se stabiliser sur un sentier de croissance de 3 % par an. Le plan « Séguin » en 1986 et notamment la limitation des exonérations de ticket modérateur au titre des maladies longues et coûteuses, les conventions avec diverses professions de santé⁵ entre 1992 et 1994, et les actions de maîtrise de la CSBM mises en œuvre dans le cadre du plan « Juppé » de 1996, ont successivement contribué à ce ralentissement.

Au total, les soins ambulatoires ont progressé légèrement moins rapidement en volume que la consommation de soins et de biens médicaux dans son ensemble, avec un écart de l'ordre de -0,2 point en moyenne par an. Compte tenu de l'évolution des prix de cette catégorie de soins (graphique 2), leur part dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux retrouve le niveau de 1950 (27,1 % de la CSBM en 2005 contre 27,3 % en 1950).

La part des médicaments a diminué jusqu'en 1996 mais reste stable de façon continue depuis lors

Ce sont les médicaments qui constituent le poste de la CSBM qui a connu l'évolution la plus heurtée au cours des cinquante-cinq dernières

4. Avec disparition concomitante de la dotation globale.

5. Biologistes, infirmiers, médecins libéraux, masseurs-kinésithérapeutes.

années. Leur part dans l'ensemble des dépenses, qui dépassait 25 % au début des années cinquante, à peine inférieure à celle des soins ambulatoires de 1950 à 1974, a connu à partir de 1976 une diminution très importante, essentiellement concentrée sur les années 1974 à 1977 (graphique 3). Toutefois, à partir du minimum atteint en 1983 (17,5 %), la part des dépenses de médicaments n'a cessé, depuis, de progresser régulièrement pour atteindre 20,8 % de la CSBM en 2005.

Comme les autres grands postes de la consommation de soins et de biens médicaux, les médicaments ont connu sur longue période une inflexion à la baisse de leur rythme de croissance en volume. Toutefois, l'analyse par sous-périodes fait apparaître une dynamique différente de celle des dépenses hospitalières et des soins ambulatoires.

Le rythme de croissance annuel du volume des dépenses de médicaments a connu une diminution importante de 1950 à 1980, passant de +15 % à +6 %. Il est frappant de constater que le taux de croissance annuel est quasi stable depuis le milieu des années quatre-vingt avec des oscillations de faible amplitude autour de 7 % d'augmentation par an. L'examen des années les plus récentes laisse supposer qu'un point bas d'un cycle aurait été atteint en 1996 (+0,8 %) et que, depuis cette date, le taux de croissance en volume des médicaments semble reparti à la hausse pour atteindre +5,5 % en 2005.

Au total, en cinquante-cinq ans, les volumes de médicaments consommés ont donc été multipliés par cent, ce qui correspond à un écart de croissance avec la consommation de soins et de biens médicaux de +2,5 points par an. Ce sont les médicaments qui ont apporté, depuis 1997, la contribution décisive à la croissance de la consommation de soins et de biens médicaux en volume, de l'ordre de 40 %, contre 30 % pour les soins ambulatoires et moins de 20 % pour l'hôpital. Cette croissance des volumes incorpore, dans son mode de décompte, les changements de structure de la consommation liée à la montée en charge des produits nouveaux, qui contribuent aux deux

tiers de la croissance du marché [7]. À l'inverse, ceci explique que les variations des prix, bien qu'orientées à la baisse, ont été non moins amples. Relativement au prix de l'ensemble de la CSBM, les médicaments ont vu leur prix divisé par cinq depuis 1950, les deux tiers de cette évolution ayant été acquis dès 1975 (graphique 2). Au total, ce deuxième effet l'emporte sur le premier, expliquant le recul global sur l'ensemble de la période de la part des médicaments dans l'ensemble de la CSBM.

La part de la Sécurité sociale ne cesse de croître depuis 1959

La consommation de soins et de biens médicaux a également été ventilée selon les agents économiques qui en assurent *in fine* le financement. Cependant, la reconstitution des tableaux de financement n'a été effectuée que selon un pas quinquennal, sans conséquence pour une juste appréciation des évolutions de la structure du financement. Par ailleurs, la décomposition du financement entre sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et reste à charge des ménages n'étant pas possible avant 1992, ces trois postes ont été regroupés pour l'ensemble de la période 1950-2005, sachant que le « reste à charge des ménages » représente encore les deux tiers de ce poste en 2005.

Le financement par la Sécurité sociale en forte croissance de 1950 à 1980

Le contexte économique et social du système de santé s'est fortement modifié au cours des cinquante-cinq dernières années. La mutualisation croissante de la consommation de soins et de biens médicaux au sein de régimes d'assurance publique – la Sécurité sociale – ou privés – mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance – ou par l'intervention directe de l'État et des collectivités locales permet de répondre au défi que constitue la forte concentration de ces dépenses : selon l'échantillon permanent des assurés sociaux de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, 10 % d'assurés du régime général contribuaient à 64 %

de la dépense d'assurance maladie de ce régime en 2000 [8] [9]. Même si le lien entre CSBM, niveau et mode d'organisation de la couverture maladie est controversé dans la littérature économique, celle-ci a certainement constitué un facteur décisif de la croissance de la consommation de soins et de biens médicaux sur l'ensemble de la période.

Entre 1950 et 2005, la Sécurité sociale a ainsi conforté sa position dominante dans la couverture de l'ensemble des dépenses de soins et de biens médicaux (graphique 4). Sa part dans le financement de la CSBM, après une relative stabilisation autour de 50 % entre 1950 et 1959, progresse de 30 points au cours des vingt années suivantes et passe à 80 % de taux moyen de couverture en 1980. Elle régresse ensuite de trois points pour se stabiliser à 77 % de taux moyen de couverture de 1995 à 2005. C'est avec les soins hospitaliers que la prise en charge par la Sécurité sociale est la plus importante.

Le mouvement d'expansion de la prise en charge publique de la consommation de soins et de biens médicaux a naturellement été soutenu par la généralisation de la couverture maladie des Français au cours des années soixante et soixante-dix, d'abord parmi les salariés puis les non-salariés et les inactifs.

La diminution de trois points du taux moyen de couverture entre 1980 et 1990 est quant à elle liée à un double phénomène. D'une part, à partir de 1978, la quasi-totalité de la population bénéficie d'une couverture sociale. D'autre part, certaines mesures de maîtrise des dépenses de soins et de biens médicaux⁶ ont eu une incidence sur les taux de remboursement. La stabilité actuelle de la prise en charge de la CSBM s'explique par deux facteurs structurels : dans le sens d'une diminution, la déformation de la structure de la consommation de biens et de soins médicaux en faveur des produits les mieux remboursés⁷, et dans le sens d'une hausse, l'augmentation du nombre des assurés sociaux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur.

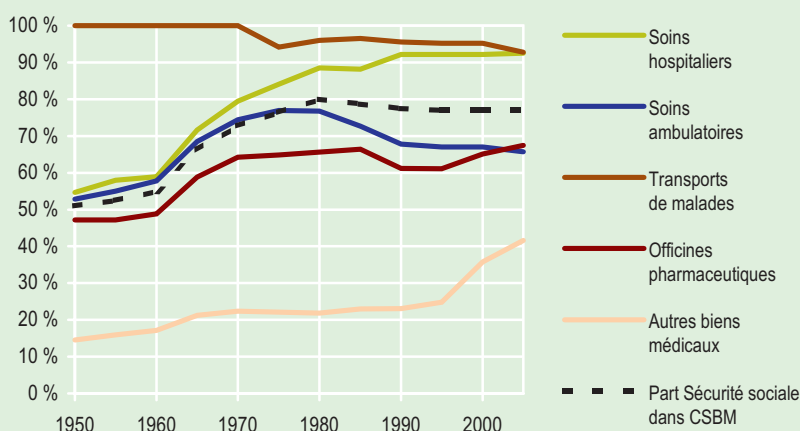
Dans le même temps, la part assumée par l'État dans le financement de

6. Augmentation du ticket modérateur, non-remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques, création pour les médecins d'un secteur conventionnel avec droit à dépassement permanent en 1980.

7. Le médicament notamment.

GRAPHIQUE 4

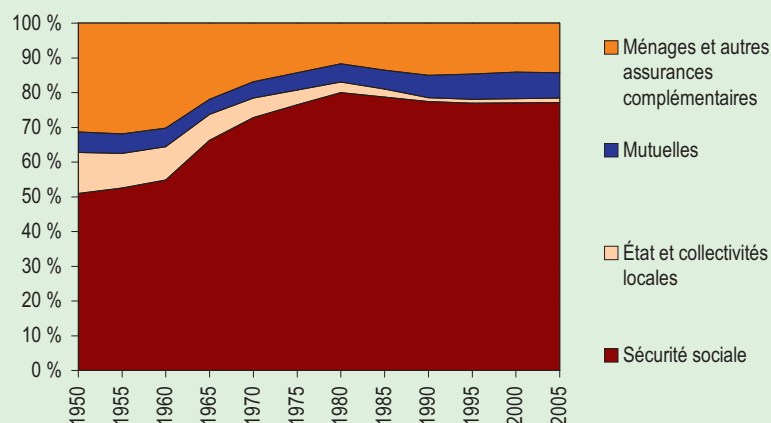
Évolution du taux de couverture par la Sécurité sociale des divers postes de dépenses de 1950 à 2005



Sources • Drees, réropolation des comptes de la santé.

GRAPHIQUE 5

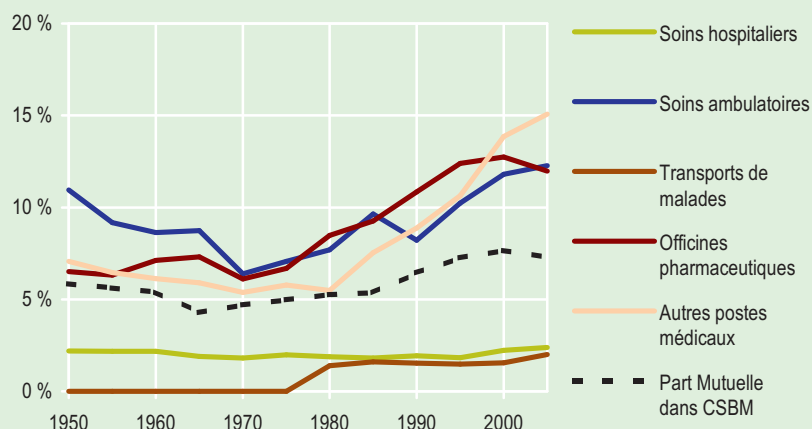
Structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux de 1950 à 2005



Sources • Drees, réropolation des comptes de la santé.

GRAPHIQUE 6

Évolution du taux de couverture par les mutuelles des divers postes de dépenses de 1950 à 2005



Sources • Drees, réropolation des comptes de la santé.

la consommation de soins et de biens médicaux a diminué régulièrement, de 12 % en 1950⁸ à 1 % en 1990 (graphique 5). Elle s'est stabilisée à ce niveau au cours des quinze dernières années. La diminution rapide du rôle de l'aide sociale de 1950 à 1990, notamment pour la prise en charge des soins hospitaliers, a été la conséquence de l'extension et l'amélioration de la couverture par la Sécurité sociale et de l'augmentation générale du niveau de vie entre 1950 et 1980 qui a contribué à la réduction du nombre de personnes pouvant bénéficier de l'aide sociale du fait de l'augmentation de leurs ressources.

La création de la couverture maladie universelle (CMU) en 2000 a constitué un facteur de très légère reprise de la participation directe de l'État au financement de la CSBM sous forme de couverture complémentaire (+0,1 point entre 2000 et 2005). Il est à signaler enfin que la part élevée de l'État dans la prise en charge des soins hospitaliers observée jusqu'au milieu des années quatre-vingt est aussi due à la sectorisation psychiatrique qui n'est financée par la dotation globale hospitalière⁹ que depuis 1985.

Un accroissement de trois points de la part des mutuelles entre 1965 et 2005

Le léger repli de la couverture sociale par le financement public de la consommation de soins et de biens médicaux a été partiellement compensé par l'augmentation de la contribution des mutuelles qui s'est accrue de trois points entre 1965 et 2000 pour légèrement régresser ensuite (graphique 6). L'intervention des mutuelles s'est élevée de 5 % à 7 % au moment de la création du « secteur 2 » – à honoraires libres – de la médecine de ville, avec l'augmentation de leur participation aux dépenses de soins ambulatoires¹⁰ et aux frais de pharmacie.

Autour de 30 % entre 1950 et 1959, la participation des ménages et des autres assurances complémentaires au financement de la CSBM a diminué régulièrement de 1960 à 1980 (12 % en 1980), pour remonter autour de 15 % en 1990 et s'y maintenir jusqu'en 2005.

8. Avec à cette période une importance déterminante de l'aide sociale puis de l'aide médicale gratuite.

9. C'est-à-dire pris en charge par la Sécurité sociale.

10. Dépassements des médecins et des dentistes pour les prothèses dentaires.

■ Pour en savoir plus

- [1] Fenina A., Geffroy Y., 2006, « la base 2000 des Comptes de la santé : méthodologie », *Document de travail - Série Statistiques*, Drees, n° 99, juillet.
- [2] Caussat L., Fenina A., Geffroy Y., 2003 « Quarante années de dépenses de santé – Une réropolation des comptes de la santé de 1960 à 2001 », *Études et Résultats*, Drees, n° 243, juin.
- [3] Fenina A., Geffroy Y., 2006, « Comptes nationaux de la santé en 2005 », *Documents de travail - Série Statistiques*, Drees, n° 100, juillet.
- [4] Fenina A., Geffroy Y., 2006, « Les comptes nationaux de la santé en 2005 », *Études et Résultats*, Drees, n° 505, juillet.
- [5] Mahieu, 2000, « Les déterminants des dépenses de santé : une approche macro-économique » Insee, *document de travail G2000/01*.
- [6] 2007, *Les établissements de santé – Un panorama pour l'année 2004*, Collection Études et Statistiques, DREES, mars, pp 10 et 11.
- [7] Clerc M.-E., 2006, « Les ventes de médicaments remboursables en 2005 », *Études et Résultats*, Drees, n° 508, juillet.
- [8] 2003, « La concentration des dépenses et son évolution dans le temps », *Point de conjoncture*, CNAMTS, n° 11, mars.
- [9] Caussat L., Raynaud D., 2004, « La régulation de la demande de soins : le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé », *Revue d'Économie Financière*, n° 76, juillet.