

Études et Résultats



N° 831 • février 2013

60 années de dépenses de santé Une rétopolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010

En soixante ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a crû très fortement, passant de 2,6% en 1950 à 9,1% du PIB en 2010.

De 1950 à 1985, la CSBM a progressé plus rapidement que le PIB, en raison du développement de l'assurance maladie et d'une forte croissance des dépenses hospitalières. Cette période est, en effet, marquée par d'importants programmes de construction d'hôpitaux. Depuis 1985, dans un contexte économique moins favorable, on observe une alternance de périodes de croissance puis de stabilisation des dépenses de santé sous l'effet de mesures de régulation.

La part du financement de la CSBM par la Sécurité sociale (51% en 1950) a progressé au fur et à mesure de l'extension de l'assurance maladie à l'ensemble de la population. Après avoir atteint un pic à 80% en 1980, elle décroît légèrement depuis (75,7% en 2010). Symétriquement, la part de la CSBM financée par les organismes complémentaires et les ménages a fortement reculé, passant de 37% en 1950 à 17% en 1980, pour remonter à 23% en 2010. Sur les quinze dernières années, la prise en charge par l'assurance complémentaire a augmenté de 1,4 point et atteint 13,5% de la dépense en 2010, tandis que celle laissée à la charge des ménages a fluctué entre 9% et 10% pour s'établir à 9,6% en 2010. La part assumée par l'État (12% en 1950) est aujourd'hui très limitée (1,2%).

Marie-Anne Le Garrec, Malik Koubi, Annie Fenina

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère de l'Économie et des Finances

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

Cette étude retrace les évolutions de 1950 à 2010 de la principale composante des dépenses de santé en France, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) effectuée sur le territoire national par les assurés sociaux français. Elle décrit également l'évolution de leur financement par les acteurs publics et privés. La CSBM est évaluée chaque année dans le cadre des Comptes nationaux de la santé, qui constituent l'un des comptes satellites des comptes nationaux. À l'occasion du changement de base des comptes nationaux, un travail de réropolation a permis de reconstituer un certain nombre de séries sur la période 1950-2010 selon les concepts de la nouvelle base dite «base 2005».

Ces séries fournissent une décomposition de cette consommation de santé entre les différentes catégories de la santé (encadrés 1 et 2), ainsi que la ventilation de leur financement

entre les agents économiques : assurance maladie, État, organismes complémentaires, ménages.

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

De 1950 à 2010, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB a été multipliée par 3,5, passant de 2,6% à 9,1% du PIB (graphique 1a). Sur 60 ans, les dépenses de santé en valeur ont progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,4 points à celui du PIB : +10,9% pour la CSBM contre +8,5% pour le PIB (graphique 1b).

La croissance des dépenses de santé ne s'est pas faite de manière continue. Dans cette évolution de long terme, on peut distinguer deux grandes périodes marquées par un contexte économique différent.

La première période va de 1950 à 1985. Elle correspond à la mise en place et à la maturation du système

de soins actuel, tant du point de vue de l'offre que de son financement et de son mode de régulation. Elle se situe dans le contexte économique très favorable des Trente Glorieuses.

La seconde période, de 1986 à 2010, est caractérisée par la recherche d'une meilleure régulation du système et de son financement, dans un contexte de croissance ralentie. C'est une période plus complexe durant laquelle alternent périodes de croissance et périodes de stabilisation des dépenses de santé, ces dernières résultant de mesures de régulation.

Cette croissance de la CSBM est d'autant plus remarquable qu'elle incorpore un effet «prix relatif» orienté à la baisse. En effet, à l'exception des années 1950, le prix de la CSBM a en moyenne augmenté de 0,4% de moins par an que celui du PIB ; c'est sur la période 1970-1990 que l'écart entre l'évolution du prix de la CSBM et du prix du PIB est le plus important, en particulier à cause de l'évolution du prix des médicaments (graphique 2). À l'exception d'une reprise entre 1990 et 1995, le prix relatif de la santé par rapport à celui du PIB est à nouveau orienté à la baisse.

De 1950 à 1985, un rôle central du financement public dans le développement du système de santé...

Les études économiques s'accordent à considérer la richesse économique, et particulièrement la demande solvable, comme le principal facteur d'évolution des dépenses de santé à long terme. Les dépenses de santé augmentent, en effet, plus que proportionnellement avec le revenu. Durant les Trente Glorieuses, la croissance des dépenses de santé a ainsi dépassé tous les ans de plusieurs points celle pourtant forte des revenus : 9% à 10% en volume¹ par an pour la CSBM entre les années 1950 et 1975, contre 5% pour le PIB.

L'extension du système de financement public à travers le développement de la Sécurité sociale a permis l'accès financier à la plus grande partie de la population et a ainsi accru la demande solvable. En effet, la santé étant un risque à la fois

1. L'évolution en volume est obtenue en déflétant l'évolution en valeur par l'indice de prix.

ENCADRÉ 1

Les Comptes nationaux de la santé et la réropolation

Les Comptes de la santé constituent l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils retracent la production, la consommation et le financement de la fonction santé. Ils fournissent une évaluation des prestations versées par l'assurance maladie, l'État et les collectivités territoriales, les organismes complémentaires ainsi que du reste à charge des ménages. La réropolation des Comptes de la santé a consisté à reconstituer leur agrégat principal, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), en remontant jusqu'en 1950, selon des concepts et définitions en vigueur dans la méthodologie actuelle des comptes, dite «base 2005».

La CSBM est ventilée en neuf postes :

- les soins hospitaliers publics (1) et privés (2) ;
- les soins de ville dispensés par les médecins (3), les dentistes (4), les auxiliaires médicaux (5), les laboratoires d'analyses (6) ;
- les transports privés de malades (7) ;
- les médicaments en ville (8) ;
- les autres biens médicaux en ville : optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements (9).

Pour chaque rubrique de la CSBM, on dispose de données en valeur et en volume aux prix de l'année précédente. Jusqu'en 1989, les données en valeur figurant dans les séries réropolées sont saisies à la date de remboursement par

les organismes de Sécurité sociale. À partir de 1990, ces données sont enregistrées à la date des soins. 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.

Demande et offre de soins médicaux

L'approche retenue pour analyser la CSBM dans les Comptes de la santé est celle du lieu d'exécution des soins. Elle diffère d'une approche offre de soins par les producteurs de soins, en particulier pour les soins hospitaliers comme pour les soins de ville. Ainsi, dans les Comptes de la santé, les honoraires des médecins libéraux perçus lors d'une hospitalisation en clinique privée sont rattachés aux soins hospitaliers, alors que dans l'optique production de soins de la Comptabilité nationale, ils sont rattachés aux soins des médecins libéraux.

Même avec des concepts clairement définis, le contenu des rubriques, techniquement homogènes, change de signification sur longue période : ainsi, les soins hospitaliers ont, en 2010, un contenu différent de celui de 1950, ou même de 1980. À titre d'exemple, les dépenses en hospitalisation de jour ou en séjours de moins de 48 heures, modalités de soins qui n'existaient pas en 1950, représentent environ 19% des dépenses de soins hospitaliers en 2010.

concentré sur certaines personnes² et dont la réalisation peut être très coûteuse pour ces personnes, elle est un terrain naturel pour le déploiement d'activités assurantielles dans lesquelles le système de financement public joue un rôle clé. La couverture maladie s'est généralisée au cours des années 1960 et 1970, d'abord parmi les salariés puis parmi les non-salariés et les inactifs. Entre 1950 et 1980, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est ainsi passée de 50% à 80% (graphique 3).

...et un rôle central du développement du système hospitalier

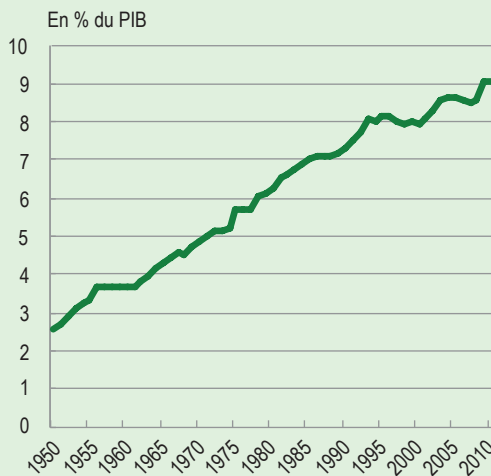
La période 1950-1985 se caractérise par une dynamique de croissance importante de tous les postes de dépenses, mais plus particulièrement par la hausse de la dépense hospitalière. En effet, durant cette période, le système hospitalier se transforme profondément en raison d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux : la dépense hospitalière augmente sur un rythme annuel moyen de 16% sur cette période. Cette croissance est tirée à la fois par celle des volumes, mais aussi par celle des prix. Durant cette période, la progression annuelle des volumes oscille entre 6% et 12% et est elle-même amplifiée par celle des prix. Entre 1960 et 1980, les prix de l'hôpital augmentent en effet davantage que ceux des autres biens et services de santé (1,1 point de plus par an en moyenne) ; le poids de la dépense hospitalière culmine ainsi en 1982, pour représenter 54% de la CSBM (graphique 4).

Conséquence de cette hausse de la part des soins hospitaliers dans la CSBM, la part des soins de ville³ (hors biens médicaux) recule de 27% en 1950 à 24% en 1982, et celle des médicaments de 25% à 20%. La croissance de ces postes n'en reste pas moins soutenue.

De 1955 à 1970, la dépense de soins de ville progresse de 13% par an en moyenne (7% en volume), notamment grâce à l'extension de la couverture maladie obligatoire et au développement des assurances

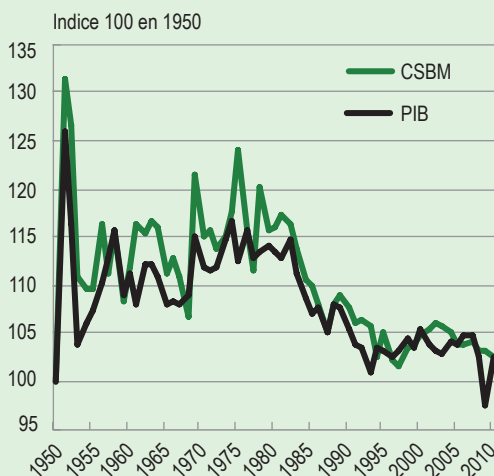
■ GRAPHIQUE 1

a • Part de la CSBM dans le PIB



Sources • DREES pour la CSBM, INSEE pour le PIB – base 2005.

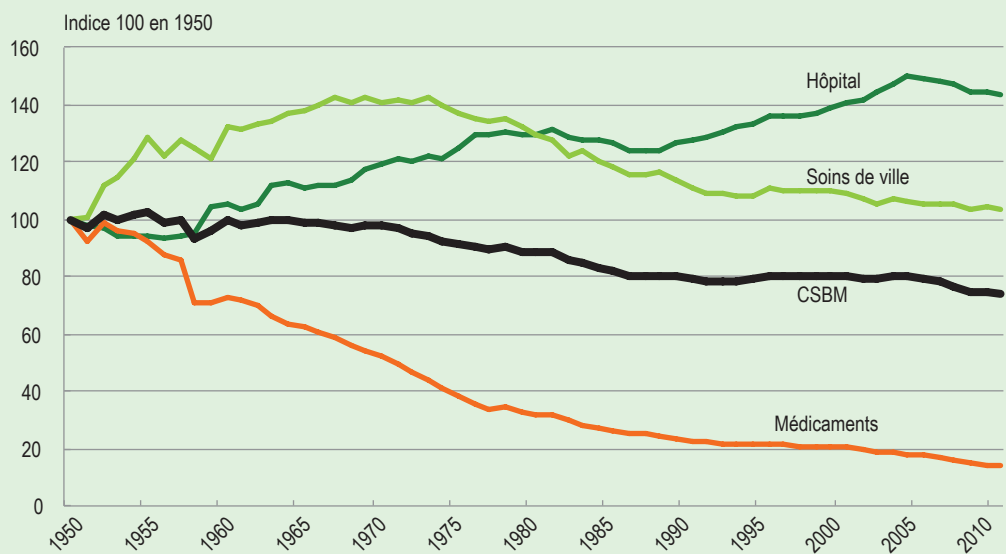
b • Évolution des indices de valeur de la CSBM et du PIB



Sources • DREES pour la CSBM, INSEE pour le PIB – base 2005.

■ GRAPHIQUE 2

Évolution du prix relatif de la CSBM et de ses composantes, par rapport au prix du PIB



Sources • DREES, rétropolation des Comptes de la santé – base 2005.

complémentaires, mais également en raison d'effets d'offre : hausse du nombre de médecins, recours croissant aux spécialistes, innovations technologiques... À partir de 1970, la croissance des soins de ville s'amplifie, passant à 15% par an en moyenne, mais elle est plus tirée par les prix (près de 9% par an en moyenne) que par les volumes (+6,4%).

Le rythme de croissance annuel de la dépense de médicaments est

lui aussi extrêmement élevé : de plus de 15% par an en moyenne de 1950 à 1973 (12,5% en volume), il ralentit toutefois par la suite, passant à 12,5% en moyenne par an de 1974 à 1985 (6,7% en volume), sous l'effet notamment de divers plans : le plan Durafour (1975) diminue le taux de TVA applicable sur les médicaments de 20% à 7% ; le plan Barre (1976) supprime le remboursement à 70% de certains médicaments ; le plan

2. Les affections de longue durée (ALD) illustrent cet état de fait.
3. Médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires de biologie.

Veil (1977) puis le plan Bérégovoy (1982) relèvent la participation des assurés sur certains médicaments. Il est à noter que les dépenses de médicaments présentent une décomposition de leur évolution en volume et en prix⁴ tout à fait particulière : leur

prix a fortement baissé relativement au prix de l'ensemble de la CSBM. Ainsi, malgré une croissance des volumes importante, la part des médicaments dans l'ensemble de la CSBM a reculé sur l'ensemble de la période.

De 1985 à 2010, un ralentissement de la progression de la CSBM dans le PIB

Au milieu des années 1970, le retournement de la conjoncture se traduit par un ralentissement de la croissance des recettes de la protection sociale alors que la meilleure prise en charge et le vieillissement de la population continuent de peser sur les dépenses, surtout à travers l'augmentation du nombre de personnes en affection de longue durée. Les comptes du régime général de la Sécurité sociale se retrouvent ainsi régulièrement en déficit.

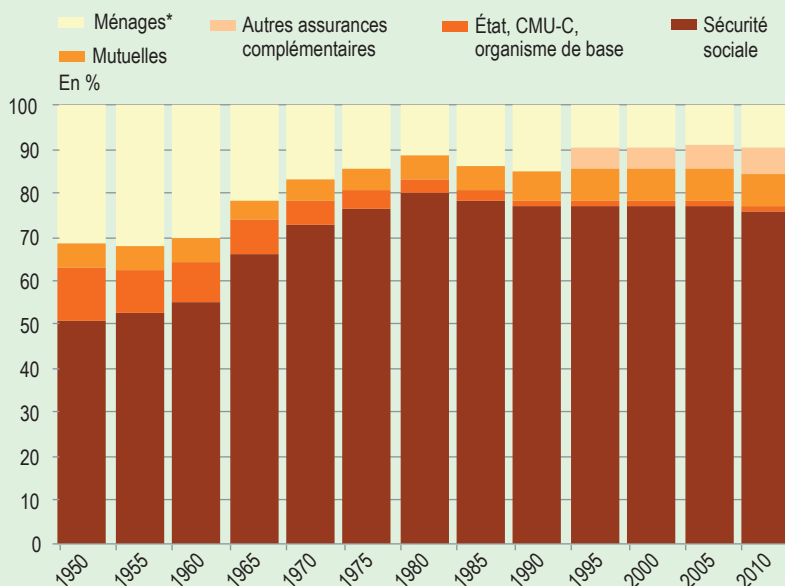
C'est la raison pour laquelle, à partir des années 1980, un certain nombre de plans de redressement se succèdent, qui comprennent des augmentations de recettes ou de cotisations (déplafonnement de l'assiette, hausse des taux, création de nouvelles recettes) et des mesures de régulation de la dépense ou de déremboursement. Ces plans parviennent pour un temps à limiter l'augmentation des dépenses, d'où l'évolution fluctuante de la part de la CSBM dans le PIB, qui alterne périodes de croissance et périodes de stabilisation (graphique 1a).

Une première période de stabilisation (1986-1988) est obtenue à la suite de la mise en place, en 1984, de nouvelles modalités de tarification à l'hôpital public (dotation globale hospitalière instaurée lors du plan Bérégovoy) ou encore, en 1986, du plan Séguin (limitation des exonérations de ticket modérateur au titre des maladies longues et coûteuses...). Cette stabilisation est toutefois de courte durée. Elle est suivie d'une hausse d'un point de la part des dépenses de santé dans le PIB entre 1988 et 1993, qui passe de 7% à 8% du PIB. Cette évolution conduit alors à

4. L'évolution négative des prix est principalement due au mode de calcul de l'indice des prix des médicaments de l'INSEE. En effet, l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'Insee est un indice à qualité constante. Un nouveau médicament ne peut être pris en compte en cours d'année que s'il s'insère dans une classe d'équivalents thérapeutiques existante. Les médicaments innovants (souvent plus chers) non rattachés à une classe n'intègrent l'échantillon suivi que l'année suivante. La croissance en volume incorpore donc dans son mode de décompte les changements de structure de la consommation liés à la montée en charge de produits nouveaux, plus coûteux, qui contribuent aux deux tiers de la croissance du marché.

■ GRAPHIQUE 3

Structure du financement de la CSBM de 1950 à 2010



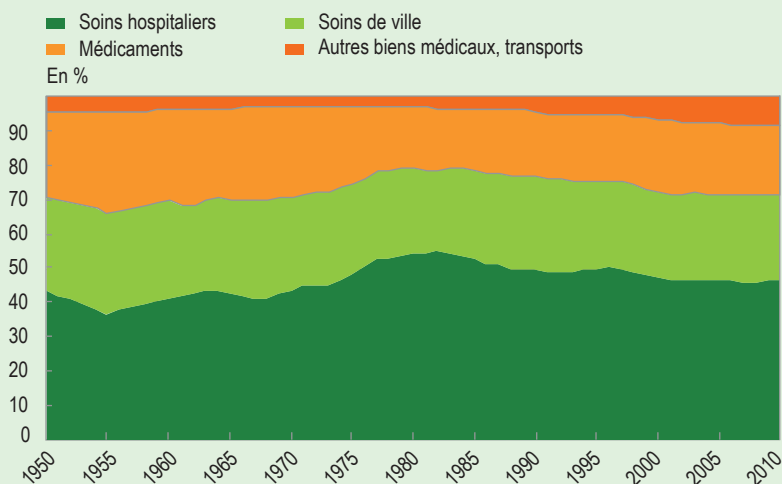
* Ménages y compris autres assurances complémentaires jusqu'en 1994.

Lecture • Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux a été ventilé selon les agents économiques qui l'assurent *in fine*. La décomposition du financement entre sociétés d'assurances, 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 1950-1990, sachant que le seul « reste à charge des ménages » représente 60% de cet agrégat en 2010.

Sources • DREES, réropolation des Comptes de la santé – base 2005.

■ GRAPHIQUE 4

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



Sources • DREES, réropolation des Comptes de la santé – base 2005.

la mise en œuvre de nouvelles actions de maîtrise des dépenses, d'abord dans le cadre du plan Veil (1993) avec des hausses de ticket modérateur sur les soins de ville et les médicaments, puis dans le cadre du plan Juppé de 1996 : création d'un objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), mesures de maîtrise médicalisée... La part de la CSBM dans le PIB reste ensuite stable jusqu'en 2001, avant de connaître une nouvelle augmentation entre 2001 et 2004 qui ajoute un demi-point à l'indicateur. Depuis 2004, la part des dépenses de santé dans le PIB a peu varié, à l'exception d'une hausse en 2009 uniquement due à la baisse du PIB cette année-là.

Entre 1985 et 1995, ce sont les soins de ville et les médicaments qui tirent la croissance

Sur cette période, les soins hospitaliers augmentent moins rapidement que l'ensemble de la CSBM, l'écart s'établissant en moyenne à -0,8 point par an. Le rythme de hausse de la dépense hospitalière passe de 15% par an au début des années 1980 à 5% en 1995 (graphique 5). Si le ralentissement est notable par rapport à la période précédente, en particulier du fait des volumes, les prix continuent cependant à croître fortement, sous l'effet de plusieurs facteurs : apparition de technologies de pointe coûteuses, hausse des coûts salariaux...

De 1985 à 1990, la dépense de soins de ville progresse, quant à elle, de façon plus soutenue de 10% par an en moyenne (6,9% en volume), puis de 4,5% entre 1990 et 1995 (3% en volume). Cette période voit en particulier le développement du secteur² (honoraires libres) créé pour les médecins en 1980. Les médicaments contribuent eux aussi à la croissance avec une hausse en valeur de 7% entre 1985 et 1995 (6,4% en volume).

Après une reprise au début des années 2000, la croissance ralentit depuis 2005

La hausse des dépenses hospitalières connaît une nouvelle accélération au début des années 2000. Les pouvoirs publics ont cherché à infléchir cette dynamique avec

■ ENCADRÉ 2

Méthodologie de la rétopolation

La méthodologie de la rétopolation de la consommation de soins et de biens médicaux sur la période 1950-2010 est liée à celle qui a présidé à l'élaboration des bases successives en comptabilité nationale. Les principales modifications ont été introduites par les bases 2000 et 2005 ; elles sont liées à des modifications du périmètre des dépenses de santé.

Base 2000

Les soins de longue durée (USLD, EHPA-EHPAD) ont quitté le domaine sanitaire pour intégrer le secteur médico-social : l'ensemble des soins aux personnes âgées en établissements (7,7 milliards d'euros en 2010) ont été ainsi sortis du champ des soins hospitaliers de la CSBM. En outre, la consommation de dispositifs médicaux implantables (DMI) en hospitalisation privée, auparavant comprise dans les soins de ville, a été intégrée aux soins en hospitalisation privée. Enfin, les frais d'hébergement lors d'une cure thermale n'ont plus été considérés comme une dépense de santé.

Base 2005

L'adoption de l'optique « lieu d'exécution des soins » a entraîné une redéfinition des contours des rubriques « soins hospitaliers » et « soins de médecins en ville ». Par ailleurs, les dépenses de SSAD (Services de soins à domicile - 1,3 milliard d'euros) ont quitté le champ de la CSBM pour celui du secteur médico-social.

Le principe de la rétopolation est, dans la mesure du possible, de prolonger vers le passé ces modifications en les intégrant aux bases précédentes pour obtenir des séries techniquement homogènes. Elle intègre ainsi les réformes intervenues dans le pilotage du système de santé français (comme le passage au budget global hospitalier en 1983 puis à la tarification à l'activité en 2005, ou encore la mise en place de la CMU en 2000).

Cet exercice est toutefois limité par la disponibilité des données. Celles-ci ont en effet connu des améliorations importantes au cours des soixante ans tant en ce qui concerne le champ couvert (avec l'intégration des DOM) qu'en ce qui concerne les sources utilisées pour la construction des comptes (avec la mise à disposition des données du Système national interrégimes - SNIR) ou encore leur mode d'enregistrement (avec le basculement en dates de soins en substitution des dates de remboursement).

On peut ainsi distinguer quatre périodes successives pour lesquelles la qualité de la rétopolation s'améliore :

- de 1950 à 1970 : on ne dispose que de séries par grands types de soins, élaborées par le CREDOC en valeur et en prix en base 71. Ces séries reposent en partie sur des données de la CNAM-TS (hors DOM) dont les définitions ne sont pas complètement compatibles (changement de plan statistique en 1967) et moins détaillées que celles qui sont disponibles aujourd'hui ;
- de 1970 à 1980 : on dispose des séries de prestations de la CNAM-TS, ainsi que de la rétopolation de la base 80 des comptes. Ces séries intègrent les données DOM, mais avec toutefois un peu moins de détails que celles de la Métropole ; on dispose, en outre, à partir de 1974, des premiers résultats du SNIR permettant ainsi d'estimer la dépense « tous régimes » ;
- de 1980 à 1990 : le champ du SNIR s'élargit, permettant de réduire l'ampleur des estimations sur les régimes « hors CNAM-TS » ;
- de 1990 à 2010 : certaines sources importantes pour la qualité des comptes (dates de soins, honoraires perçus en hospitalisation privée, prestations des assurances et institutions de prévoyance...) apparaissent en 1992. Enfin, la CNAM-TS fournit des données par lieu d'exécution des soins depuis 2005.

Méthode d'élaboration du tableau de financement

Quatre financeurs principaux ont été retenus dans cette rétopolation : pour le financement public, la « Sécurité sociale » et « l'État »¹ et, pour le financement privé, les « mutuelles » et les autres financeurs privés intitulés « ménages »². Les structures du financement ont évolué sur longue période et la fiabilité des estimations par financeur est, comme pour l'ensemble de la CSBM, décroissante au fur et à mesure que l'on s'éloigne dans le temps.

L'étude du financement des neuf postes de consommation de soins a été faite en deux temps. De 1999 à 2010, le travail est fait en base 2005 de manière détaillée, avec une évaluation précise, par rubrique, du montant des prestations de Sécurité sociale, de l'État et des organismes complémentaires. Avant 1999, le support est le montant de la base 2000 corrigé des changements de périmètre (lieu d'exécution, SSAD...). Le poste « ménages » est obtenu par solde avec la consommation et enregistre une partie des incidences du changement de base.

1. Ce poste comprend les dépenses de l'État (AME, soins urgents...) ainsi que la « CMU-C organismes de base » financée par l'État lors de sa création en 2000.

2. Ce poste comprend les dépenses des ménages proprement dites ainsi que les remboursements des assurances et des institutions de prévoyance, qui ne peuvent être distingués avant 1992.

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) des hôpitaux tant du secteur public que du secteur privé. Si ce nouveau mode de financement vise à une utilisation plus efficace des moyens des établissements de santé et contribue à un ralentissement de la hausse des prix, il peut cependant inciter les établissements à accroître leur activité. Depuis 2008, les soins hospitaliers augmentent d'environ 3,5 % par an (3 % en volume) contre 5 % au début des années 2000. Ils représentent désormais 46% de la CSBM, soit 4,2% du PIB (graphique 6).

Après le ralentissement constaté à la fin des années 1990, les soins de ville reprennent eux aussi leur progression à un rythme de 5,7% par an en moyenne de 2000 à 2004 (4,4% en volume), sous l'effet notamment de l'accroissement du nombre d'assurés en ALD. De nouvelles mesures d'économie sont alors prises à partir de 2005 : mise en place de participations forfaitaires, du parcours de soins... Ces mesures sont suivies d'une diminution du rythme de croissance des dépenses à 3,3% en moyenne depuis 2005 (2% en volume). Les soins de ville représentent en 2010 le quart de la CSBM, soit 2,3% du PIB.

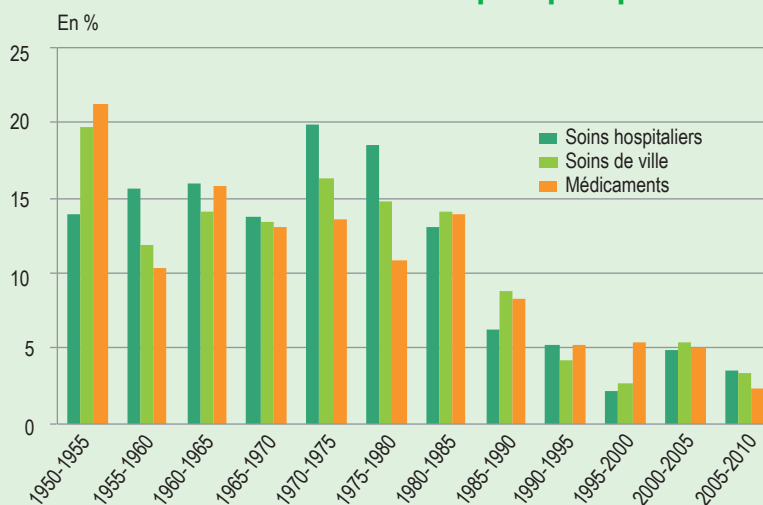
La dépense de médicaments augmente, quant à elle, de 8% par an entre 2000 et 2005. Les remboursements de 2006, la mise en place d'une franchise de 0,50€ par boîte en 2008, le développement des génériques, les baisses de prix, les campagnes d'information contribuent à un ralentissement de cette dépense, dont le rythme est tombé à 1% en 2010. Les médicaments représentent 20% de la CSBM en 2010.

Depuis 1980, la part de la Sécurité sociale dans le financement diminue légèrement

La prise en charge par l'assurance maladie obligatoire atteint un sommet en 1980 (graphique 3). Dès 1978, après les lois de généralisation de la Sécurité sociale (1975-1978), la quasi-totalité de la population bénéficie d'une couverture sociale ; en 1980, la Sécurité sociale rembourse 80% des dépenses. Cette prise en

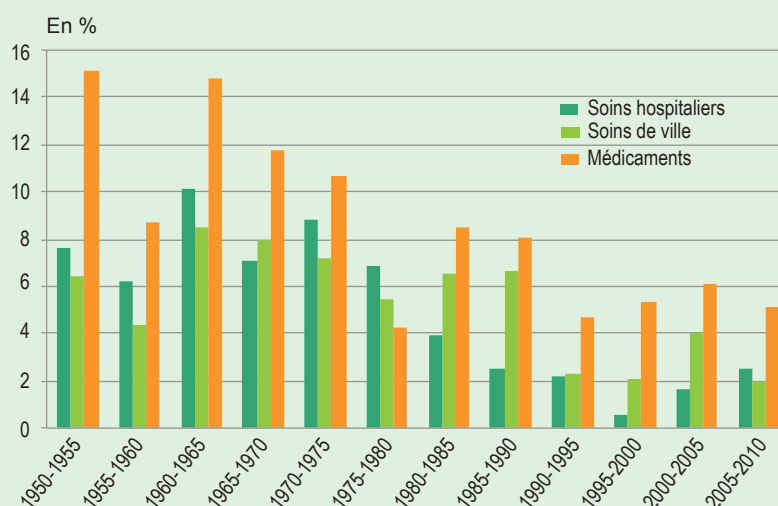
■ GRAPHIQUE 5

a • Taux de croissance en valeur des principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, réropolation des Comptes de la santé – base 2005.

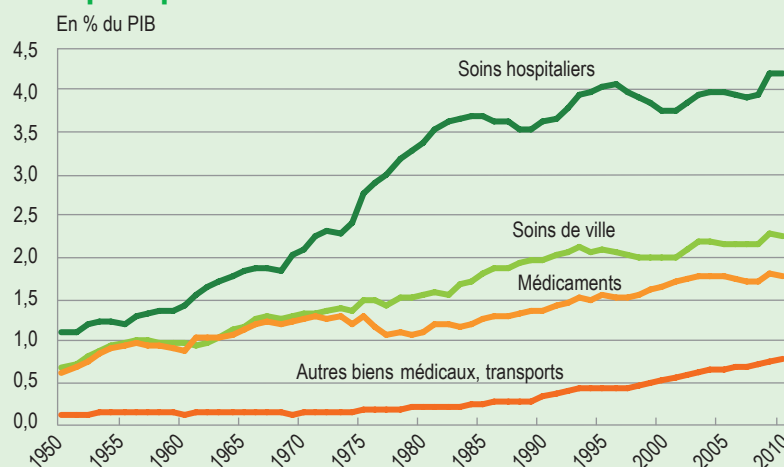
b • Taux de croissance en volume des principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, réropolation des Comptes de la santé – base 2005.

■ GRAPHIQUE 6

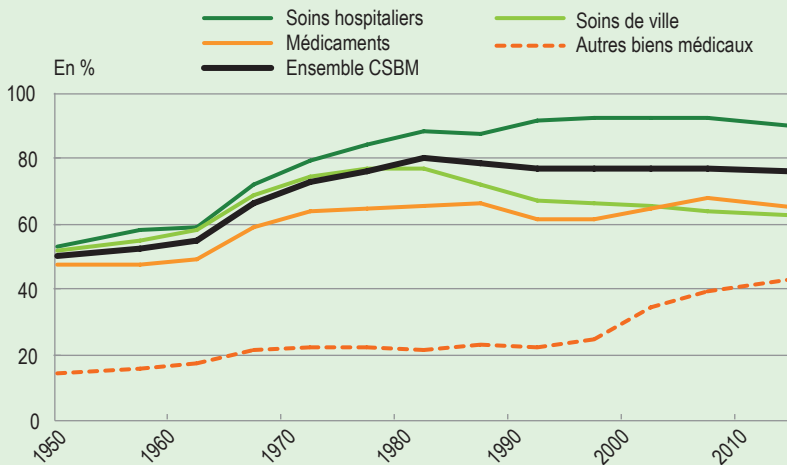
Principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, réropolation des Comptes de la santé – base 2005.

■ GRAPHIQUE 7

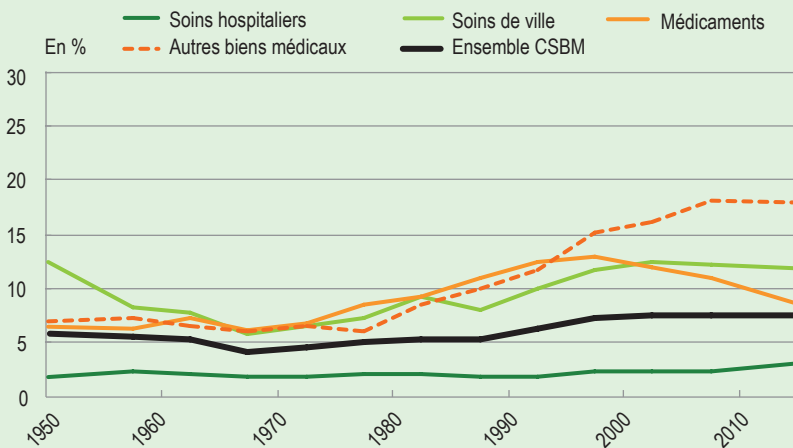
Part de la Sécurité sociale dans la CSBM



Sources • DREES, réropolation des Comptes de la santé – base 2005.

■ GRAPHIQUE 8

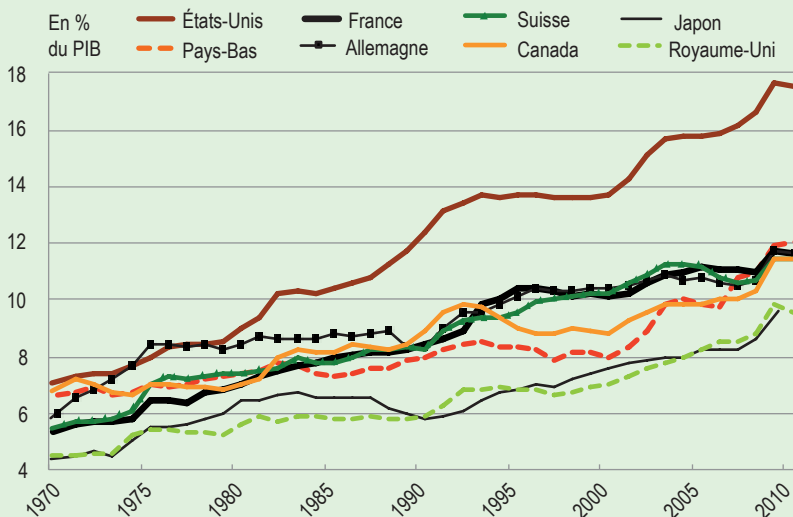
Part des mutuelles dans la CSBM



Sources • DREES, réropolation des Comptes de la santé – base 2005.

■ GRAPHIQUE 9

Dépense totale de santé



Sources • Eco-Santé OCDE 2012.

charge publique connaît ensuite une légère érosion, sous l'effet de plusieurs facteurs comme l'évolution de la structure de consommation vers les produits moins remboursés (autres biens médicaux – dont optique), la croissance continue des dépassements depuis la mise en place du secteur² ou les mesures de déremboursement⁵ et ce, malgré les facteurs structurels qui poussent à l'accroissement de cette prise en charge, comme la multiplication des maladies chroniques et des poly-pathologies. La part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM baisse de 80% en 1980 à 77% en 1990, avant de se stabiliser à ce niveau jusqu'en 2005. Depuis 2005, la part de la Sécurité sociale s'est à nouveau légèrement réduite pour atteindre 75,7% en 2010.

La prise en charge par la Sécurité sociale est variable selon le type de soins considéré. C'est pour les soins hospitaliers qu'elle est la plus importante : plus de 90% de la dépense (graphique 7). L'assurance maladie assume environ les deux tiers des dépenses de soins de ville et de médicaments. Enfin, bien qu'elle ait presque triplé entre 1950 et 2010, c'est pour les autres biens médicaux (et en particulier l'optique) que sa contribution reste la plus faible : 42% en 2010 contre 15% en 1950.

Une prise en charge croissante des dépenses par l'assurance maladie complémentaire

Entre 1950 et 1980, l'assurance maladie complémentaire s'est lentement développée. Elle couvre 31% des assurés en 1960, 49% en 1970 et 69% en 1980. À cette date, ce sont encore principalement les salariés des grandes entreprises et les salariés ayant les plus hauts revenus qui en bénéficient.

À partir des années 1980, avec l'érosion de la prise en charge par la Sécurité sociale, la couverture complémentaire s'impose comme un étage à part entière du financement du système de soins et compense partiellement son léger repli. S'est ainsi graduellement opéré un partage des rôles entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire

5. Augmentation du ticket modérateur et du forfait hospitalier, non-remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques.

(AMC): l'AMO prend en charge les risques les plus lourds (soins hospitaliers, soins des pathologies lourdes ou chroniques), tandis que l'AMC se concentre sur le «petit» risque. Cette organisation a pour effet de rendre économiquement viable l'activité des organismes complémentaires sans que ceux-ci recourent à la sélection de leurs adhérents, expliquant leur large diffusion auprès des Français. Elle a été en outre étendue avec la mise en place, en 2000, de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) qui offre une couverture complémentaire gratuite aux plus démunis, dispositif lui-même complété en 2005 par la création de l'aide à la complémentaire santé pour les personnes ayant des revenus légèrement supérieurs au plafond de ressources de la CMU-C. Ainsi, l'assurance complémentaire s'étend progressivement jusqu'à couvrir 95% de la population depuis 2003.

La part de la dépense financée par les mutuelles augmente de trois points entre 1965 et 2000 pour se stabiliser ensuite; elle atteint 7,5% en 2010 (graphique 8). L'intervention des mutuelles est passée de 5,3% à 7,2% entre 1985 et 1995, sous l'effet à la fois de mesures d'augmentation des participations des assurés et du développement du secteur 2 – à honoraires libres – de la médecine de ville. L'augmentation de leur participation aux dépenses de soins de ville est ainsi due à celle du ticket modérateur et des dépassements, notamment sur les soins de médecins et sur

les prothèses dentaires, mais aussi sur les autres biens médicaux, en particulier l'optique.

Supérieure à 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 depuis.

Depuis 1992, il est possible de distinguer la part prise par les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance du reste à charge des ménages. Bien qu'elle reste encore modeste, la contribution des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance s'accroît: 6% de la CSBM en 2010 contre moins de 4% en 1992. Cette augmentation de la prise en charge complémentaire entraîne une diminution du reste à charge des ménages passé, quant à lui, de 13,2% en 1992 à 9,6% en 2010.

Parmi les prestations versées par les organismes complémentaires, la première place revient aux soins de ville, qui représentent 41% de leur contribution en 2010, dont 16% pour les soins de dentistes et 15% pour les soins de médecins. Viennent ensuite les médicaments (24%), les autres biens médicaux (18%, essentiellement en dépenses d'optique) et les soins hospitaliers (17%).

L'intervention de l'État est désormais limitée

La part assumée par l'État dans le financement de la CSBM a diminué

régulièrement, de 12% en 1950⁶ à 1% en 1990. Elle s'est stabilisée à ce niveau au cours des vingt dernières années. L'intervention de l'État et l'aide sociale ont été rendues moins nécessaires en raison du rôle croissant des autres acteurs et de l'augmentation générale du niveau de vie⁷. La création de la CMU-C 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).

La France figure parmi les pays où la part des dépenses de santé dans la richesse nationale est élevée

La plupart des pays de l'OCDE ont connu une croissance analogue de leurs dépenses de santé. En 1970, la plupart des pays de l'OCDE consacraient 5% à 7% de leur PIB à leur Dépense totale de santé⁸ (DTS); en 2010, cette part est de 10% en moyenne dans les pays de l'OCDE.

Les États-Unis se démarquent au sein de l'OCDE: leur dépense de santé a augmenté de 10 points de PIB, tandis que la hausse n'était que de 5 ou 6 points dans les autres pays (graphique 9).

En 2010, la France se place au troisième rang pour la part de sa DTS dans le PIB (11,6%), après les États-Unis et les Pays-Bas, au même niveau que l'Allemagne et à un niveau à peine supérieur à celui de la Suisse. ■

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

7. Il est à signaler que la part élevée de l'État dans la prise en charge des soins hospitaliers observée jusqu'au milieu des années 1980 était aussi due à la sectorisation psychiatrique, qui n'a été financée par la dotation globale hospitalière qu'à partir de 1985.

8. Agrégat utilisé dans les comparaisons internationales, qui comprend la CSBM, une partie des dépenses de prévention, les dépenses de soins et de services d'aide à la personne liées au handicap et à la dépendance, les coûts de gestion du système de santé et les dépenses d'investissement.

■ Pour en savoir plus

- Le Garrec M-A., Bouvet M., Koubi M., 2012, «Les comptes nationaux de la santé en 2011», *Études et Résultats*, DREES, n° 809.
- Le Garrec M-A., Bouvet M., Koubi M., 2012, «Comptes nationaux de la santé en 2011», *Document de travail – Série Statistiques*, DREES, n° 172.
- Simon C., Tallet F., 2010, «Dynamique des dépenses de santé en temps de crise économique», dans «Comptes nationaux de la santé en 2009», *Document de travail – Série Statistiques*, DREES, n° 149.
- Legal R., Raynaud D., Vidal G., 2010, «La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté: quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires?», dans «Comptes nationaux de la santé en 2009», *Document de travail – Série Statistiques*, DREES, n° 149.
- Albouy V., Bretin E., Carnot N., Deprez M., 2009, «Les dépenses de santé en France: déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050», *Document de travail de la DGTPE*, DGTPE, n° 2009.
- Fenina A., 2007 «Cinquante-cinq années de dépenses de santé – Une rétropolation de 1950 à 2005», *Études et Résultats*, DREES, n° 572.

ÉTUDES et RÉSULTATS ● n° 831 - février 2013

60 années de dépenses de santé, une rétropolation des Comptes de santé de 1950 à 2010

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable du pôle éditorial : Carmela Riposa

Secrétaires de rédaction : Catherine Demaison, Nadine Gautier, Coralie Le van van

Maquettistes : Julie Richard & Marie-Noëlle Heude • Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Internet : www.drees.sante.gouv.fr

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr • Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources • ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnelles les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion des publications de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Mission Publications et Diffusion - 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@sante.gouv.fr