galea&associés
actuaires conseil

DREES – Les dépenses de Santé depuis 1950

Cette synthèse porte sur l'étude publiée par la Drees disponible à l'adresse suivante :

http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1017.pdf

Afin de présenter l'évolution des dépenses de santé depuis 1950, l'étude porte sur deux agrégats majeurs :

- **La CSBM** : Consommation de soins et de biens médicaux : elle prend en compte les dépenses représentant « la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé (soins hospitaliers ; soins de ville ; transports de malades ; médicaments ; autres biens médicaux : Optique prothèses…) »
- **La DCS** : la Dépense courante de santé mesure quant à elle « l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé. Elle comprend l'ensemble des dépenses courantes effectuées par la Sécurité sociale, l'Etat, les collectivités locales, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et les ménages ».

Entre 1950 et 2015 la part de la CSBM dans le PIB a été multipliée par 3,5 passant de 2,5% à 8,9% avec une croissance de 10 % par an tandis que le PIB progressait de 7,9% par an. Ceci s'explique par la particularité commune aux biens dits supérieurs (loisirs, voyage, culture sont des biens supérieurs par exemple) d'augmenter plus rapidement que le revenu national (Mahieu, 2002).

On peut observer deux grandes périodes :

De 1950 à 1985, le système de soins se développe considérablement.

Le système de santé connait un grand développement : la demande et l'offre s'accroissent. La généralisation progressive de l'Assurance maladie permet de financer le développement de la demande. L'offre de soins se développe à travers la croissance de l'équipement hospitalier et l'augmentation de la densité des personnels médicaux et paramédicaux.

Durant ces trente-cinq années, la croissance est stimulée en premier lieu par les soins hospitaliers. La dépense hospitalière augmente en effet de 16% par an (7% par an en volume de nombre d'actes). Cette expansion fait suite à de nombreux programmes de construction d'hôpitaux, accompagnés d'une profonde transformation du système hospitalier. L'hôpital devient progressivement le pilier du système de santé.

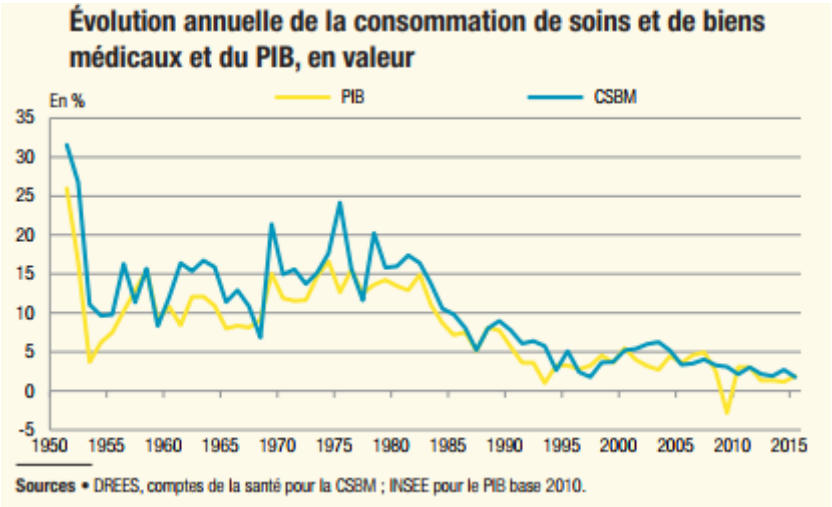
Les soins de ville connaissent également une forte croissance (+15 % par an en dépense / +7% par an en volume). Cette expansion a été permise par la croissance des effectifs des professionnels de santé. La densité de médecins est ainsi multipliée par trois entre 1950 et 1985.

Au cours de cette période, la part des médicaments progresse légèrement moins vite (+14% par an), malgré une très forte croissance en volume (+10% par an). Leur prix augmente à un rythme plus modéré (+3% par an) que ceux du reste de la CSBM (+7 % par an). Du fait de cette moindre croissance, la part des médicaments dans la CSBM recule sensiblement, passant de près de 26% en 1950 à 18% en 1985.

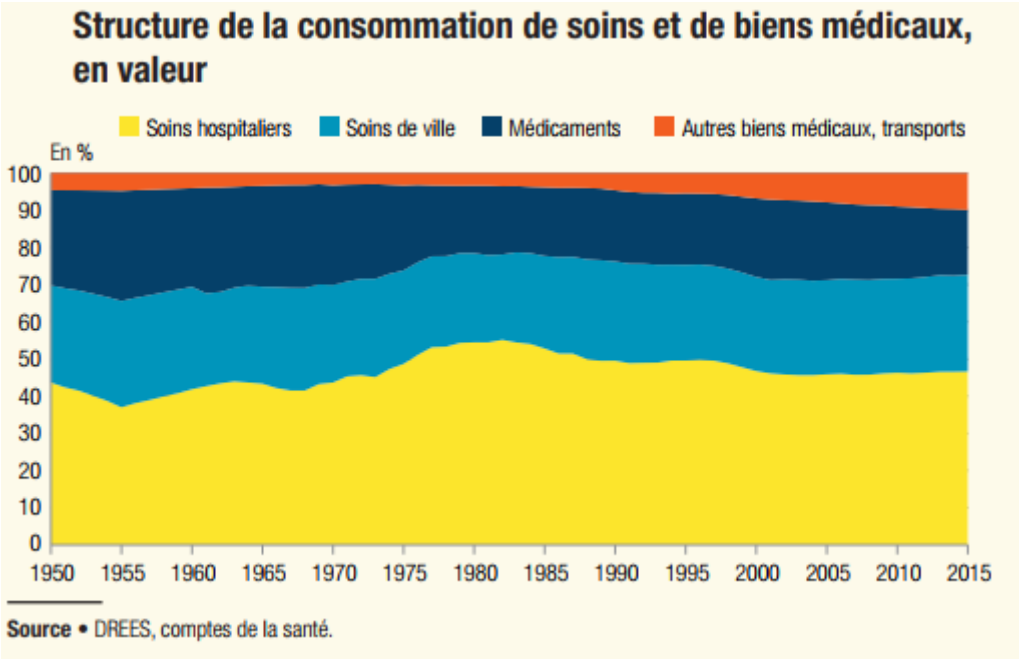
De 1985 à 2015, les dépenses de santé progressent bien plus modérément

Le rythme de croissance de la CSBM se réduit dès le début des années 1980. Le plan Seguin, dans un premier temps en 1986 a consisté à limiter l'exonération du ticket modérateur aux seules dépenses liées aux affections de longue durée. Les lois de financement de la Sécurité sociale à partir de 1997 dans un deuxième temps ont eu pour effet de limiter la croissance des dépenses d'assurance maladie.

Ainsi, la part des dépenses de santé dans le PIB stagne entre 1986 et 1988 puis recule entre 1995 et 2000 et entre 2004 et 2007. Cependant les périodes de crises économiques (1993, début des années 2000, 2009) provoquent des ressauts de la CSBM dans le PIB. Au total, elle progresse de 2 point entre 1985 et 2015.



Durant cette période la dépense hospitalière voit sa progression diminuer de 7,4% en 1985 à 3,9% en 2005. Ainsi ces 30 dernières années la part des soins hospitaliers dans la CSBM décroit revenant quasiment à son niveau de 1950 (46% en 2005).



Forte progression des dépenses de l'Assurance maladie entre 1950 et 1980

L'Assurance maladie, créée en 1946 se développe jusqu'en 1980. Initialement, la Sécurité sociale couvre uniquement les salariés. Dans les années 1960, les régimes d'assurance maladie des exploitants agricoles et des indépendants sont créés. L'Assurance maladie est élargie à tous les résidents en 1978. La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale qui était de 51% en 1950, atteint ainsi son point haut (80%) en 1980.

Du fait du développement de la Sécurité sociale la part des dépenses des ménages et celle de l'Etat se réduisent passant respectivement de 31% et 12% en 1950 à 12% et 3% en 1980.

Entre 1980 et 1990 le financement par l'Assurance maladie recule légèrement en raison de mesures de limitation des dépenses (plan Seguin), de la progression dynamique des dépassements d'honoraire et des mesures de relèvement de la participation des assurés.

Par ailleurs, le développement des autres biens médicaux (poste moins bien remboursé) entraîne une baisse de la part de la Sécurité sociale dans la dépense tandis que la progression des soins hospitaliers, des médicaments et des biens médicaux les mieux remboursés produit l'effet inverse.

La complémentaire santé généralisée a permis une baisse du reste à charge des ménages.

La part de la complémentaire santé dans le financement de la consommation de soins progresse tendanciellement jusqu'au début des années 2010.

Entre les années 1960 et 1980 la part de la population couverte par une complémentaire santé progresse de 31% à 69%. Elle continue à se diffuser dans la population dans les années 1980 et 1990.

Depuis les années 2000 les ménages modestes bénéficient également de la complémentaire santé avec la création de la CMU-C et l'ACS. La proportion de personnes couvertes par un contrat complémentaire est ainsi passée de 83% en 1994 à 95% en 2012.

Le financement de la dépense de santé par les organismes complémentaires se développe entre 1990 et 2010, passant de 10,4% à 13,4% de la dépense. En revanche entre 2010 et 2015 la part des organismes complémentaires diminue sous l'effet de plusieurs facteurs notamment le déremboursement des médicaments, la déformation de la structure de consommation de médicaments vers les produits les mieux remboursés.

Le partage des rôles entre assurance maladie obligatoire et complémentaire tend à se rapprocher progressivement d'une répartition ente risques « lourds » et autres risques.

Les prestations versées par les trois types d'organismes complémentaires ont augmenté plus vite que la CSBM au cours des 25 dernières années. Cependant le développement a été plus marqué pour les institutions de prévoyance (+6,5% par an) et les assurances (+5,3% par an) que pour les mutuelles (+4,3 % par an). Ces dernières étaient pourtant historiquement prépondérantes mais les institutions de prévoyance et les assurances gagnent progressivement des parts de marché (Montaut, 2016).

Le développement des organismes complémentaires permet une réduction de 2,1 points du reste à charge des ménages entre 1990 et 2010. Cependant le recul du reste à charge des ménages entre 2011 et 2015 (-0,8 point) est dû à l'amélioration de la prise en charge par l'Assurance maladie. En effet les soins les mieux remboursés par l'Assurance maladie se sont plus développés plus rapidement que les autres durant cette période.

Depuis 1990, l'Etat finance moins de 1,5% de la dépense de santé. Cette part est néanmoins en légère hausse depuis les années 2000 en raison du développement de la CMU-C.

Les soins de longue durée de plus en plus importants dans la dépense courante de santé

Entre 1995 et 2015, la DCS a progressé de 3,6% par an soit un peu plus rapidement que la CSBM (3,5% par an). Elle représente 12,0 % du PIB en 2015 contre 10,6% vingt ans plus tôt.

Depuis 1995, la plupart des postes de la DCS connaissent une croissance moyenne comprise entre 2% et 4% par an. La seule exception concerne les soins de longue durée (+ 5,8% par an). Ceci s'explique par le vieillissement de la population et le développement de la prise en charge du handicap (Guilbert,2016). Les coûts de gestion du système de soins et les dépenses de prévention institutionnelle progressent tous deux de 2,6% par an.

La croissance de la DCS s'est progressivement modérée à partir du milieu des années 2000 et plus encore depuis 2010 du fait de l'accentuation de la maîtrise des dépenses et d'une moindre croissance des prix. Les soins de longue durée, les indemnités journalières et les dépenses en faveur du système de soins progressent trois fois moins vite entre 2010 et 2015 qu'en 2000 et 2005.