



# Études et Résultats

N° 243 • juin 2003

*La rétropolation des comptes de la santé sur la période 1960 à 2001 permet désormais d'analyser sur plus de quarante ans des données relatives à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et au financement de ces dépenses.*

*La part des dépenses de santé dans le PIB a fortement crû sur la période, de 3,5 points de PIB en 1960 à 8,8 points en 2001, mais tend à se stabiliser depuis une décennie.*

*La composition des dépenses de soins et de biens médicaux a connu sur quarante ans de profondes modifications. La part des dépenses hospitalières a enregistré de fortes variations : près de 14 points d'écart séparent le minimum de 1960 (41,3 %) du maximum atteint en 1982 (54,9 %).*

*Le taux de croissance annuelle des dépenses hospitalières tend toutefois à ralentir, passant de plus de 10 % en 1960 à environ 1 % au cours des dernières années.*

*La part des soins ambulatoires qui représentait 28,8 % de la CSBM en 1960 s'établit à 26,1 % en 2001. Les dépenses de médicaments, quant à elles, présentent une évolution plus heurtée. En raison de la diminution des prix relatifs du médicament, leur part dans la CSBM passe de 26 % en 1960 à 16,7 % en 1983, mais elles repartent ensuite très vivement à la hausse. Depuis 1997, les médicaments occupent effectivement le premier rang en termes de contribution à la croissance globale des dépenses de santé.*

*Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale, en forte croissance de 1960 à 1980, diminue légèrement depuis lors, tandis que la part assumée par l'État décroît puis se stabilise au cours des années 90. Symétriquement, la part des dépenses de santé supportées par les mutuelles croît, quant à elle, de 3 points de 1980 à 2001, et celle laissée à la charge des ménages et des assurances complémentaires hors mutuelles a diminué sensiblement de 1960 à 1981 pour se redresser ensuite.*

**Laurent CAUSSAT, Annie FENINA et Yves GEFFROY**

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité  
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées  
DREES

**Quarante années  
de dépenses de santé**  
Une rétropolation  
des comptes de la santé  
de 1960 à 2001

Chaque année, les comptes de la santé fournissent une information sur le montant des dépenses de soins et de biens médicaux des Français, leur répartition entre différentes catégories de soins, et la ventilation de leur financement entre divers agents économiques (Sécurité sociale, État et collectivités locales, organismes dispensateurs de couvertures complémentaires maladie, ménages). La prochaine livraison des comptes de la santé, qui portera sur l'année 2002, interviendra en juillet 2003. Compte tenu des changements de méthodologie du système des comptes nationaux, une série homogène des comptes de la santé n'avait pu être établie que sur la période 1990-2001. Une rétropolation des comptes de la santé vient d'être achevée, qui permet de disposer désormais pour la période 1960-2001, soit plus de quarante ans, des données relatives à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Elles sont ventilées suivant les nomenclatures et les définitions retenues par les comptes de la santé (encadré 1).



Ministère des Affaires sociales,  
du travail et de la solidarité

Ministère de la Santé,  
de la famille  
et des personnes handicapées

## La rétropolation des comptes de la santé

La rétropolation des comptes de la santé a consisté à reconstruire des données sur la consommation de soins et de biens médicaux en remontant jusqu'en 1960, selon des concepts et définitions en vigueur dans la méthodologie actuelle des comptes de la santé, dite « base 1995 ». Les données en « base 1995 » ne permettaient en effet jusqu'à présent que de remonter jusqu'en 1990.

Il paraît donc utile :

- d'une part, de rappeler ces principaux concepts et définitions ;
- d'autre part, d'exposer brièvement les méthodes retenues pour la rétropolation proprement dite.

### La consommation de soins et de biens médicaux

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

- les soins hospitaliers publics (1) et privés (2) (dont honoraires et frais de séjour) et les soins en sections médicalisées des maisons de retraite publiques et privées ;
- 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.

La rétropolation concerne la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), c'est-à-dire les dépenses liées aux soins reçus par les malades.

Dans le compte de la santé, il y a identité entre le financement de la CSBM et la CSBM elle-même. Un poste important fait exception, l'hôpital public, pour lequel la valeur de la consommation est proche et légèrement inférieure à celle de son financement. Dans la série rétropolée l'identité est complète, y compris pour l'hôpital public, l'écart n'ayant pas de signification sur longue période et sa neutralisation permettant de rendre la série homogène. Cette différence entre comptes et série sur longue période est faible : de l'ordre d'un dixième de point de PIB. Pour l'année 2001 la CSBM « rétropolée » représente 8,8 % du PIB, contre 8,7 % pour la CSBM des comptes.

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 1960 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.

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. Pour une série aussi longue, on a privilégié une mesure de l'évolution des prix par rapport à l'année précédente. Évaluer la dérive des prix par rapport à 1960, année de référence, risquait d'entraîner des biais, étant donnée la déformation de la structure de la consommation de soins sur une aussi longue période.

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.

### La méthodologie de la rétropolation

La méthodologie de la rétropolation de la consommation de soins et de biens médicaux sur la période 1960-2001 est liée à celle qui a présidé à l'élaboration d'une nouvelle base en comptabilité nationale, la base 1995.

La mise en vigueur d'une nouvelle base se traduit, par rapport à la précédente, par des corrections et des ajouts (évaluations en dates de soins, départements d'outre-mer). 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 con-

tractuelles prises pendant cette période. On les met également en perspective avec les événements technologiques, économiques et sociaux à même de les influencer.

La rétropolation sur longue période nécessite de résoudre un certain nombre de difficultés techniques, et notamment le fait que :

- les données nécessaires à l'élaboration des comptes disponibles dans les années récentes ne le sont souvent pas dans le passé (SNIR, honoraires non présentés au remboursement, outre-mer...) ;
- la nomenclature de la CSBM comporte aujourd'hui seize postes, contre dix en 1960.

Le SNIR [Système national interrégimes élaboré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)]

Les premiers résultats du SNIR datent de 1974. Par étapes, le champ couvert s'est élargi à l'ensemble des régimes. Le nombre des régimes « hors SNIR » a donc diminué. La rétropolation du poste « régimes hors SNIR » est donc confrontée tant à des problèmes de délimitation du champ du SNIR qu'à des interrogations sur l'ampleur des régimes constitutifs du « hors champ ».

Les travaux de la direction de la Sécurité sociale, qui ont permis en base 95 ces estimations, ne sont pas antérieurs à 1985. Avant cette date, on a fait évoluer les « régimes hors SNIR » comme l'ensemble de chaque poste (médecins, dentistes, infirmiers...) en tenant compte de l'historique des modifications du champ du SNIR.

Les honoraires non présentés au remboursement

La rétropolation des honoraires non présentés au remboursement (données du Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES)) est délicate, dans la mesure où il n'existe pas de source antérieure à 1998. On ne peut que retenir l'hypothèse d'invariance de comportement des assurés sociaux est invariant. Ceci est tout à fait approximatif. Dans l'ignorance, et tenant compte de la faible importance de cette ligne (environ 1 % de chaque poste) ces honoraires ont été reportés de 1998 à 1960 proportionnellement à l'ensemble de chaque poste.

Les départements d'outre-mer

La CNAMTS fournit des données sur les départements d'outre-mer depuis 1970. Deux problèmes principaux rendent délicate leur utilisation entre 1970 et 1990. D'une part la finesse des nomenclatures est moindre que celle des séries métropolitaines. D'autre part, des données manquent dans les séries. Les évolutions ont été estimées pour tenir compte des données manquantes et des sous-évaluations signalées par la CNAMTS. Entre 1960 et 1970 les tendances ainsi dessinées ont été prolongées.

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 2001 : certaines sources essentielles (dates de soins, honoraires perçus en hospitalisation privée...) ont vu le jour à partir de 1992. Les reporter jusqu'en 1990 ne pose pas problème.

- 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 les statistiques de prestations de la CNAMTS avec des nomenclatures plus agrégées qu'aujourd'hui et la rétropolation de la base 80 des comptes sont disponibles.

- De 1960 à 1970 : on dispose de séries en valeur et en prix en base 1971 élaborées par le CREDOC. Ces séries reposent sur des données de la CNAMTS dont les définitions ne sont pas complètement compatibles (changement de plan statistique en 1967), et leur nombre est plus restreint (dix au lieu de seize aujourd'hui).

**De 3,5 points de PIB en 1960 à 8,8 points en 2001, la part des dépenses de santé dans le PIB a fortement crû en quarante ans...**

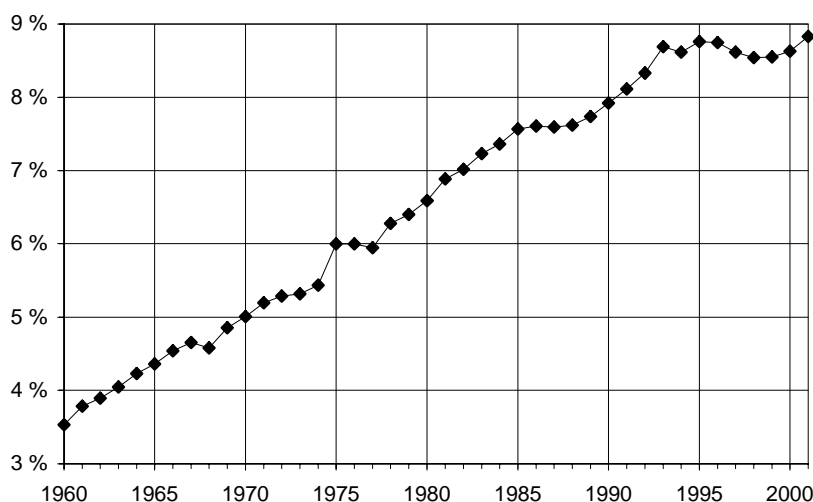
En quarante ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB a été multipliée par 2,5, passant de 3,5 à 8,8 % du PIB (graphique 1), avec les concepts utilisés pour la rétropolation qui conduisent à une « CSBM rétropolée » légèrement supérieure au cours des dernières années aux montants publiés lors de la dernière livraison des comptes de la santé en septembre 2002. Sur quarante ans, les dépenses de santé en valeur ont progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,5 points à celui du PIB (11,2 % contre 8,7 %).

Cette évolution est d'autant plus remarquable qu'elle incorpore un effet prix fortement orienté à la baisse. En quarante ans, le prix relatif de la consommation de soins et de biens médicaux comparé à celui du PIB a en effet reculé de -0,4 % par an en moyenne, soit -14 % en cumul sur l'ensemble de la période (graphique 2). Après une légère hausse des prix relatifs de la santé au cours des années soixante, le mouvement de baisse s'est concentré sur la période 1970-1985. Depuis le milieu des années quatre-vingt, les prix relatifs de la santé semblent stabilisés. En conséquence de ces évolutions des prix, l'écart de croissance annuelle moyenne en volume entre les dépenses de santé et le PIB s'établit à 2,7 points sur l'ensemble de la période [5,9 % en moyenne par an pour la CSBM, contre 3,2 % pour le PIB (tableau 1)].

**... avec une tendance à stabilisation au cours de la dernière décennie**

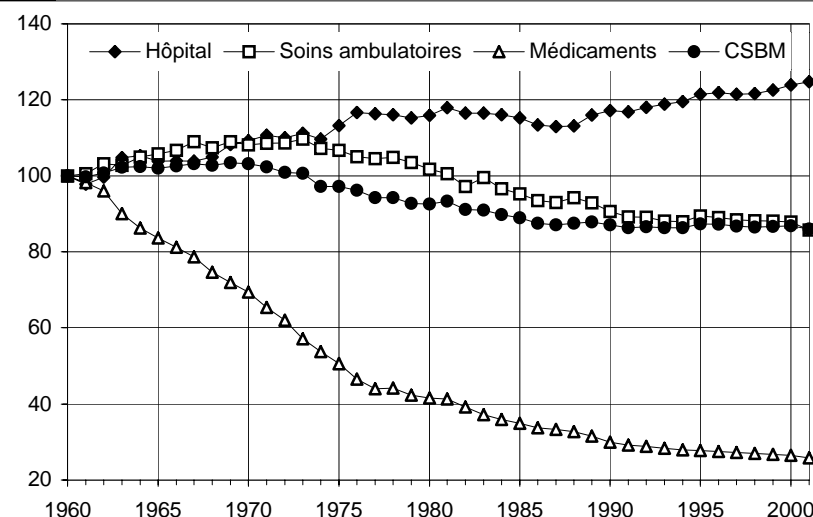
Jusqu'en 1985, l'écart de croissance en volume entre les dépenses de santé et le PIB a été particulièrement important (tableau 1). Il faut en effet se souvenir que les dépenses de santé progressaient de près de 10 % en volume par an au début des années 60 (+12,6 % en 1961), soit plus de quatre points de croissance en sus de celle du PIB. À partir de 1985, cet écart s'est progressivement réduit, une première étape correspondant aux mesures prises en 1986 et 1987 (plan « Séguin »), et une seconde, entre 1995 et

**G.01** part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB (en valeur)



Source : Comptes de la santé, DREES.

**G.02** évolution du prix relatif de la consommation de soins et de biens médicaux et de ses composantes, par rapport au prix du PIB (1960 = 100)



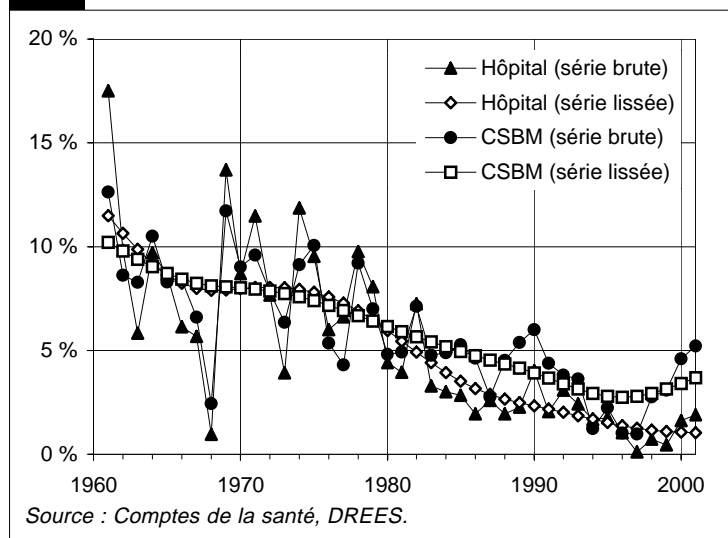
Source : Comptes de la santé, DREES.

**T.01** taux de croissance annuels moyens de la CSBM, du PIB et du prix relatif de la santé

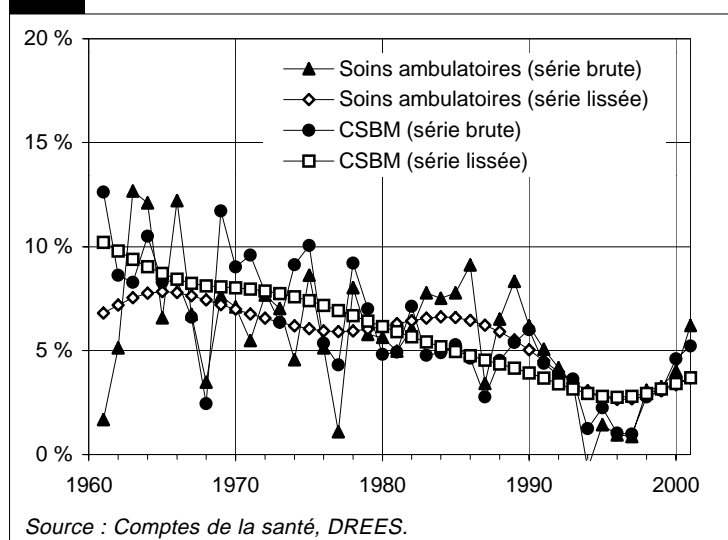
	Taux de croissance annuels moyens			Ratio CSBM/PIB en valeur (fin de période)
	CSBM en volume	PIB en volume	Prix relatif de la santé	
1960-1965	9,7	5,5	0,4	4,4
1965-1970	7,6	4,9	0,2	5,0
1970-1975	8,6	3,5	-1,2	6,0
1975-1980	6,1	3,1	-1,0	6,6
1980-1985	5,4	1,7	-0,8	7,6
1985-1990	4,7	3,3	-0,8	7,9
1990-1995	3,1	1,1	0,1	8,8
1995-2000	2,5	2,7	-0,1	8,6
<b>1960-2001</b>	<b>5,9</b>	<b>3,2</b>	<b>-0,4</b>	<b>8,8</b>

Source : Comptes de la santé, DREES.

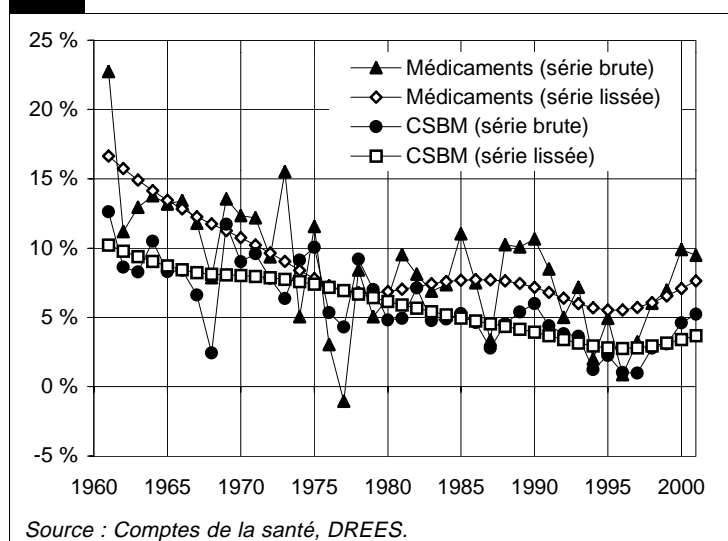
**G3a** taux de croissance de la consommation de soins hospitaliers et de la CSBM en volume



**G3b** taux de croissance de la consommation de soins ambulatoires et de la CSBM en volume



**G3c** taux de croissance de la consommation de médicaments et de la CSBM en volume



2000, au plan de réforme de la Sécurité sociale (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. L'année 2001, avec un écart de 3,4 points en faveur des dépenses de santé (+5,2 % en volume, contre +1,8 % pour le PIB), marque à cet égard une nouvelle inflexion.

La convergence globale des rythmes de croissance des dépenses de santé et du PIB en volume et en prix aboutit ainsi à une stabilité approximative de leur part dans le PIB depuis une dizaine d'années, soit entre 8,6 et 8,8 % pour la part de la CSBM dans le PIB. L'analyse des inflexions des taux de croissance annuelle de la CSBM en volume et en valeur, à l'aide de techniques élémentaires de lissage (filtre de « Hodrick-Prescott »), montre que la tendance des dépenses en volume a connu un ralentissement régulier (graphiques 3a à 3c), avec un point bas atteint en 1996 (2,7 %). Une certaine reprise est intervenue depuis cette date, mais le léger recul des prix relatifs de la santé enregistré de façon concomitante depuis cinq ans a finalement permis, tout du moins jusqu'en 2000, une stabilité globale des dépenses de santé dans le PIB.

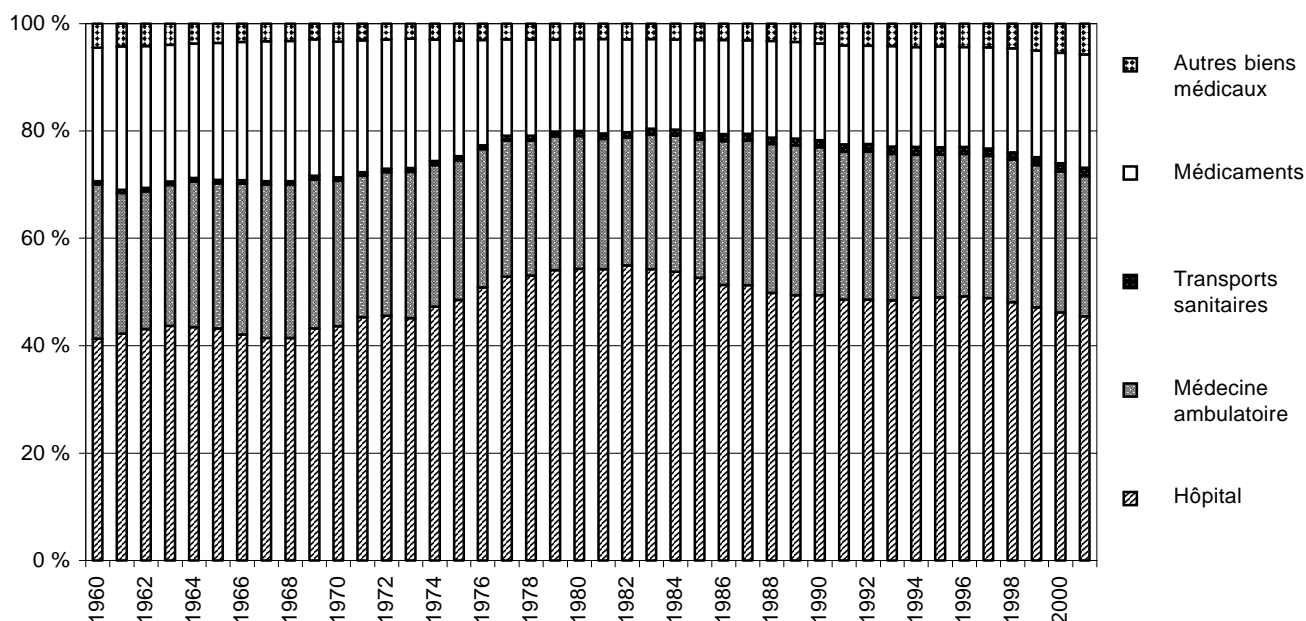
**La structure de la consommation de soins et de biens médicaux s'est profondément modifiée en quarante ans**

La composition des dépenses de soins et de biens médicaux a connu des modifications importantes au cours des quarante dernières années (graphique 4). La part des dépenses hospitalières – publiques et privées – a gagné près de six points (passant de 41,3 % de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux en 1960 à 45,5 % en 2001). La part de l'hôpital a toutefois connu un point culminant au milieu des années 80, où elle représentait plus de la moitié des dépenses de santé (54,9 % en 1982). La part des soins ambulatoires a enregistré une évolution plus irrégulière, avec des fluctuations de moindre amplitude : diminution jusqu'en 1982, augmentation jusqu'en 1989, nouvelle et légère diminution depuis cette date. Les soins ambulatoires représentent quant à eux 26,1 % des dépenses de santé en 2001, contre 28,8 % en 1960. Enfin, la part des médicaments a globalement diminué sur l'ensemble de la période, et ce en dépit de la reprise des dernières années : 24,9 % en 1960, 16,7 % en 1983, 21,1 % en 2001.

**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 – près de 14 points d'écart entre le minimum de 1960 (41,3 %) et le maximum atteint en 1982 (54,9 %) – tient principalement à l'amplitude des inflexions observées dans leur croissance en volume (graphique 3a).

**G**  
**04** structure de la consommation de soins et de biens médicaux  
en valeur



Source : Comptes de la santé, DREES.

La tendance de ces taux de croissance, bien que globalement orientée à la baisse sur l'ensemble des quarante dernières années, comme celle de la consommation totale de soins et de biens médicaux, a connu trois phases assez distinctes :

- tout d'abord, elle s'infléchit de façon importante de 1960 à 1968 environ, passant d'un rythme annuel d'évolution de 11,5 % en 1961 à 7,9 % en 1967 (série « lissée » du graphique 3a) ;

- à partir de 1968 et jusqu'en 1973, le rythme d'accroissement des dépenses hospitalières se stabilise au voisinage de 8 % par an ;

- enfin, depuis le milieu des années 70, la tendance au ralentissement de la croissance en volume des dépenses hospitalières se poursuit de façon continue, pour rejoindre au cours des dernières années un rythme à peine supérieur à 1 % par an.

Au total, sur l'ensemble de la période, les dépenses hospitalières ont augmenté en volume moins rapidement que l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux, l'écart s'établissant en moyenne à -0,7 point de croissance 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 près de quatre points de la part des soins hospitaliers dans la CSBM entre 1960 et 2001. Le changement majeur qu'a constitué la réforme de la tarification hospitalière en 1984, 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. Il faut cependant remarquer que, comme l'indique le graphique 3a, l'inflexion de tendance déterminante remonte en réalité au milieu des années 70, avec un ralentissement spectaculaire tant des volumes que des prix des dépenses hospitalières. La mise en place de la dotation globale hospitalière a en effet été précédée, dès 1979, par l'imposition aux budgets hospitaliers de taux directeurs contraignants, qui a pu jouer un rôle modérateur dès cette période. Par ailleurs, l'entrée dans le secteur public hospitalier des hôpitaux privés participant au service public, à la suite de la loi hospitalière de 1970, a pu avoir pour effet de gonfler temporairement les dépenses hospitalières en réintégrant des dépenses antérieurement comptabilisées en honoraires et prescriptions. Une fois cette

inclusion réalisée, les dépenses hospitalières ont pu repartir sur un rythme de croissance plus modéré.

■ **La part des soins ambulatoires a légèrement décru depuis 1960.**

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 4). En effet, cinq points séparent le maximum de 1960 (28,8 %) du minimum enregistré en 1982 (23,8 %).

En volume, les rythmes d'évolution des soins ambulatoires présentent jusqu'au milieu des années 80 des profils symétriques à ceux des soins hospitaliers : accélération jusqu'au milieu des années 60 (+7,8 % en 1965), ralentissement jusqu'en 1976 (+5,9 %), nouvelle hausse jusqu'en 1983 (+6,6 % environ). À partir du milieu des années 80, 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 d'environ 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

santé (biologistes, infirmiers, médecins libéraux, masseurs-kinésithérapeutes) entre 1992 et 1994, et les actions de maîtrise des dépenses de santé mises en œuvre dans le cadre du plan « Juppé » de 1996, ont successivement contribué à ce ralentissement (graphique 3b).

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. Leurs prix sont restés rigoureusement stables comparés à ceux de l'ensemble des dépenses de santé sur quarante ans (graphique 2). Ceci conduit à la décroissance de leur part dans l'ensemble des dépenses de santé, de près de trois points sur la période (26,1 % de la CSBM en 2001 contre 28,8 % en 1960).

■ **La part des médicaments a diminué jusqu'en 1996 du fait de la diminution des prix, mais réaugmente de façon continue depuis lors.**

Ce sont les médicaments qui constituent le poste des dépenses de santé qui a

connu l'évolution la plus heurtée au cours des quarante dernières années. Leur part dans l'ensemble des dépenses, qui dépassait 26 % au début des années 60, et était donc supérieure à celle des soins ambulatoires en 1961 et 1962, a connu à partir de 1968 une diminution très importante, essentiellement concentrée sur les années 1974 à 1977 (graphique 4). Toutefois, à partir du minimum atteint en 1983 (16,7 %), la part des dépenses de médicaments n'a cessé depuis de progresser, et atteint en 2001 21,1 % de la CSBM.

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 (graphique 3c). 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 régulière et importante de 1961 à 1977, passant de plus de 16 % à moins de 7 %. Il est frappant de constater que le taux de croissance an-

nuel est quasi stable depuis la fin des années 70, 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 (5,5 %) et que, depuis cette date, le taux de croissance en volume des médicaments semble reparti à la hausse.

Au total, les volumes de médicaments consommés ont donc été multipliés par près de trente en quarante ans, ce qui correspond à un écart de croissance avec la consommation de soins et de biens médicaux de +2,7 points par an. Il faut néanmoins rappeler que 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 : lorsque des médicaments nouveaux, de prix élevé, remplacent des molécules anciennes, l'effet résultant sur la consommation en valeur est assimilé à un « effet qualité » qui s'incorpore aux volumes et non aux prix. Or cet effet est actuellement particulièrement fort : en 2002, les nouvelles présentations de médicaments auraient contribué à hauteur de 2,6 points aux 4,6 points de croissance du chiffre d'affaires du médicament remboursable en 2002 (Amar, 2002). En sens inverse, les variations des prix, bien qu'orientées à la baisse, ont été non moins amples. Relativement au prix de l'ensemble des dépenses de santé, les médicaments ont vu leur prix divisé par plus de trois depuis 1960, 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 quarante ans de la part des médicaments dans l'ensemble des dépenses de santé.

**Depuis 1997, une contribution décisive des médicaments à la croissance des dépenses de santé en volume**

Les rythmes de croissance des différentes catégories de dépenses, conjugués à la part de chacune de ces catégories dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux, permettent d'analyser leurs contributions respectives à la croissance des dépenses globales de santé (encadré 2).

**E 2**

**Les contributions à la croissance des dépenses de santé en volume**

On dispose pour chaque année de la part de chaque catégorie de dépenses (hôpital, soins ambulatoires, transports de malades, médicaments, autres biens médicaux) dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en volume, et du taux de croissance en volume de chacune de ces composantes par rapport à l'année précédente.

On définit la contribution d'une composante à la croissance de la CSBM en volume une année donnée par le produit du taux de croissance en volume de la composante considérée au cours de cette année, et de la part prise par cette composante dans la CSBM au cours de l'année précédente.

On vérifie que la somme des contributions des différentes composantes est exactement égale à la croissance de la CSBM. En effet :

- soient  $gHt$ ,  $gSt$ ,  $gTt$ ,  $gMt$ ,  $gAt$  les taux de croissance en volume entre l'année  $t-1$  et l'année  $t$  de, respectivement, l'hôpital, les soins ambulatoires, les transports de malades, les médicaments et les autres biens médicaux. On a :

$gHt = (Ht - Ht-1) / Ht-1$ , où  $Ht$  désigne les dépenses hospitalières en volume au cours de l'année  $t$ , et de même pour les autres composantes ;

- soient  $pHt$ ,  $pSt$ ,  $pTt$ ,  $pMt$ ,  $pAt$  la part dans la CSBM au cours de l'année  $t$  de, respectivement, l'hôpital, les soins ambulatoires, les transports de malades, les médicaments et les autres biens médicaux. On a :

$pHt = Ht / CSBMt$ , où  $CSBMt$  désigne la CSBM en volume au cours de l'année  $t$ , et de même pour les autres composantes ;

La contribution  $cHt$  l'hôpital à la croissance de la CSBM au cours de l'année  $t$  est égale à :  
 $cHt = pHt-1 \times gHt = Ht-1 / CSBMt-1 \times (Ht - Ht-1) / Ht-1 = (Ht - Ht-1) / CSBMt-1$ , et de même pour les autres composantes.

Lorsque l'on somme les contributions des différentes composantes à la croissance de la CSBM, on obtient :

$cHt + cSt + cTt + cMt + cAt = 5(Ht + St + Tt + Mt + At) - (Ht-1 + St-1 + Tt-1 + Mt-1 + At-1) / CSBMt-1$ , qui n'est autre que le taux de croissance de la CSBM entre l'année  $t-1$  et l'année  $t$ .

Une composante qui représente une part modeste de la CSBM en volume peut cependant apporter une contribution importante à la croissance de la CSBM si elle connaît une croissance rapide. À l'inverse, une composante en croissance faible en volume peut exercer une contribution déterminante à la croissance de la CSBM si elle en représente une part élevée.

Année après année, on observe une relative stabilité de la contribution relative des soins ambulatoires à la croissance annuelle moyenne de la consommation de soins et de biens médicaux en volume, dont elle explique environ le quart (tableau 2). En revanche, les contributions des dépenses hospitalières et des dépenses de médicaments présentent des évolutions diverses qui se sont relativement compensées au cours du temps. La contribution relative de l'hôpital à la croissance en volume des dépenses totales de santé est en moyenne de 45 % sur la période étudiée, mais elle avait dépassé les 60 % dans la deuxième partie de la décennie soixante-dix, et est inférieure à 20 % en fin de période.

La contribution relative des médicaments s'établit légèrement au-dessus de 20 % sur l'ensemble de la période. Toutefois, un changement important intervient à partir de 1997 : ils occupent désormais la première place, avec une contribution relative de 40 % à la croissance globale des dépenses, et un « pic » à 62 % en 1997. Les soins ambulatoires y contribuent quant à eux à hauteur de 25 % à 30 %. L'évolution la plus remarquable réside dans le fait que l'hôpital ne contribue plus qu'à hauteur de 15 % environ à la croissance totale. Enfin, on note l'apparition à partir de la fin des années 80 d'une contribution significative des autres biens médicaux – optique, prothèses, petits matériels et pansements... –, supérieure à 10 %, du fait de leur très forte croissance en volume. Les petits matériels et pansements contribuent tout particulièrement à cette croissance, en raison de leur très forte progression au cours des années récentes (+41 % en volume en 1999, +16 % en 2000, +15 % en 2001), sans doute en conséquence de la tendance au raccourcissement de la durée moyenne des séjours hospitaliers.

1. Ceci est sans grande conséquence pour l'appréciation des évolutions de la structure du financement des dépenses de santé, puisque celle-ci se déforme très lentement, et n'exige donc pas un commentaire de ses variations d'une année sur l'autre.

**T 02** contributions à la croissance de la CSBM en volume

	Taux de croissance de la CSBM en volume (en points)	Contributions à la croissance (en points)				
		Hôpital	Soins ambulatoires	Transports sanitaires	Médicaments	Autres biens médicaux
1960-1965	9,7	6,1	2,0	0,1	1,3	0,2
1965-1970	7,6	4,0	2,0	0,1	1,3	0,2
1970-1975	8,6	5,1	1,7	0,1	1,4	0,3
1975-1980	6,1	4,1	1,2	0,1	0,5	0,2
1980-1985	5,4	2,4	1,6	0,1	1,1	0,2
1985-1990	4,7	1,4	1,7	0,1	1,2	0,2
1990-1995	3,1	1,1	0,7	0,1	1,0	0,2
1995-2000	2,5	0,4	0,6	0,0	1,0	0,3
<b>1960-2001</b>	<b>5,9</b>	<b>2,8</b>	<b>1,5</b>	<b>0,1</b>	<b>1,4</b>	<b>0,3</b>

Source : Comptes de la santé, DREES.

**Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux**

La rétropolation des comptes de la santé a également consisté à ventiler la consommation de soins et de biens médicaux selon les agents économiques qui en assurent *in fine* le financement. Cependant, cette reconstitution sur le passé des tableaux de financement n'a été effectuée que selon un pas quinquennal de 1960 et 1990<sup>1</sup>. Par ailleurs, la décomposition du financement entre sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et reste à charge des ménages n'ayant pas été possible avant l'année 1992, ces trois postes ont été regroupés pour l'ensemble de la période 1960-2000. Une analyse plus détaillée est néanmoins possible sur la période 1992-2001 (encadré 3).

■ **Le financement par la Sécurité sociale : fortement croissant de 1960 à 1980, en légère diminution depuis lors.**

Le contexte technique, économique, social et politique général du système de santé a changé au cours des quarante dernières années. La mutualisation des dépenses de santé 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 ré-

gime en 2000 (CNAMTS, 2003). Même si le lien entre dépenses de santé, niveau et mode d'organisation de la couverture maladie donne lieu à débat dans les études économiques, notamment en coupe instantanée (cf. Mahieu, 2000), celle-ci a certainement constitué un facteur décisif de la croissance de la consommation de biens et de soins médicaux sur l'ensemble de la période.

Entre 1960 et 2001, la Sécurité sociale a ainsi globalement conforté sa position dominante dans la couverture de l'ensemble des dépenses de soins et de biens médicaux. Sa part dans le financement passe de 53 % en 1960 à 75 % en 2001 (graphique 5). Elle progresse de 25 points au cours des vingt premières années, atteignant un maximum à 78 % de taux moyen de couverture en 1980, pour régresser ensuite légèrement sur les vingt années suivantes.

Durant toute la première période, l'augmentation de la population active salariée a eu pour effet mécanique d'accroître le nombre de personnes couvertes par le régime général, trois étapes importantes ayant par ailleurs marqué la période 1960-1980 :

- en 1961, la création du régime de Sécurité sociale des exploitants agricoles ;
- en 1966, la mise en place du régime de Sécurité sociale des professions indépendantes non agricoles (commerçants, industriels, professions libérales) ;
- en 1967 la création de l'assurance volontaire, remplacée en 1978 par l'assurance personnelle, qui a favorisé l'accès à la couverture maladie de nombreuses personnes dépourvues d'affiliation dans le cadre professionnel.

### Méthodologie de l'élaboration du tableau de financement

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

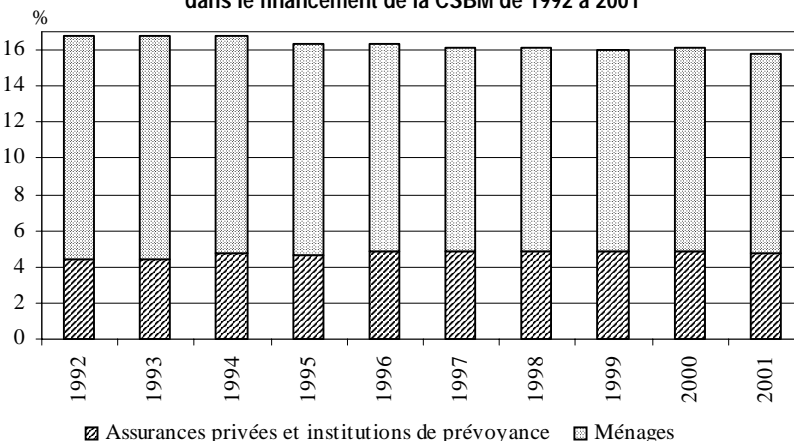
Les résultats sont présentés ici par période quinquennale. Le tableau de financement des comptes de la santé a été simplifié en retenant un modèle compatible avec les systèmes internationaux (EUROSTAT et OCDE). Ont été essentiellement distingués ici « financement public » et « financement privé » (la distinction entre assurances et dépenses des ménages n'était possible qu'à partir de 1992, mais les « assurances » et « institutions de prévoyance » ne représentent que 30 % du montant figurant en 2001 dans la colonne intitulée « ménages »).

Les financeurs retenus sont donc au nombre de quatre. La « Sécurité sociale » d'une part, « l'État et les collectivités locales » d'autre part, constituent le financement public. Les « mutuelles » sont distinguées sur toute la période. Les autres financeurs privés sont intitulés « ménages » et englobent les assurances complémentaires autres que les mutuelles. 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, comme le montre le graphique, les parts respectives de la prise en charge des dépenses de santé par les sociétés d'assurance et les institutions des ménages d'une part, et du reste à charge des ménages, s'est peu modifiée depuis le début des années 90.

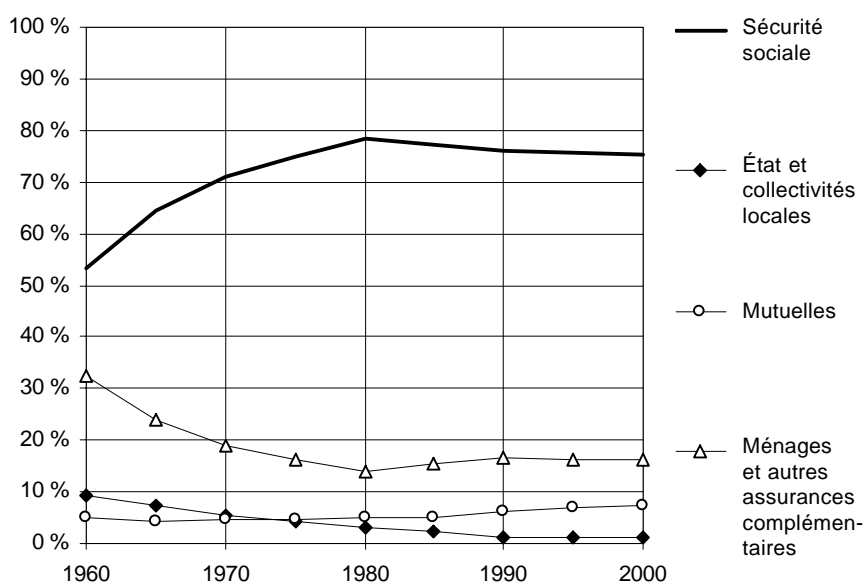
Les rubriques détaillées dont le financement est analysé sont les dix rubriques de la consommation

de soins et de biens médicaux. Des regroupements sont opérés pour aboutir à des analyses en quatre grands postes : les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les transports privés de malades 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 les montants, aux ajustements liés à l'outre-mer près, 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, d'où une nouvelle phase de calcul.

part des ménages et des assurances complémentaires autres que les mutuelles dans le financement de la CSBM de 1992 à 2001



G.05 structure du financement de l'ensemble de la CSBM de 1960 à 2000



Source : Comptes de la santé, DREES.

La légère diminution du taux moyen de couverture, de 78 % en 1980 à 75 % en 2001 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 santé (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...) ont eu une incidence sur les taux de prise en charge.

La création de la Couverture maladie universelle (CMU) en 2000, en garantissant l'accès à la couverture maladie de base à l'ensemble des personnes résidentes sur le territoire national, et l'amélioration des taux de remboursement réglementaire des régimes autres que le régime général en fin de période, n'ont quant à elles exercé qu'une incidence relativement marginale sur le taux



de couverture global par la Sécurité sociale.

Dans le même temps, la part assumée par l'État dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux a diminué régulièrement, de 8 % en 1960 (avec à cette période une importance déterminante de l'aide sociale puis de l'aide médicale gratuite) à 1 % en 1990 (graphique 5). Elle s'est stabilisée à ce niveau au cours des dix dernières années. La diminution rapide du rôle de l'aide sociale de 1960 à 1990, notamment pour la prise en charge des soins hospitaliers, a été la conséquence de deux facteurs :

- l'extension et l'amélioration de la couverture par la Sécurité sociale ;
- l'augmentation générale du niveau de vie entre 1960 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 CMU en 2000 a constitué un facteur de légère reprise de la participation directe de l'État au financement des dépenses de santé sous forme de couverture complémentaire (1,3 % de la CSBM en 2001, contre 1,1 % en 2000). Il faut signaler enfin que la part élevée de l'État dans la prise en charge des soins hospitaliers observée jusqu'au milieu des années 80 vient aussi de celle de la sectorisation psychiatrique. Celle-ci n'est, en effet, financée par la dotation globale hospitalière, c'est-à-dire par la Sécurité sociale, que depuis 1985.

#### ■ Un accroissement de trois points de la part des mutuelles entre 1980 et 2001.

Au cours des quarante années écoulées, d'autres tendances peuvent être mises en évidence (graphique 5) : la contribution des mutuelles, relativement stable de 1960 à 1980, s'est accrue de trois points entre 1980 et 2001 ; la diminution de la part du financement laissée à la charge des ménages et des assurances complémentaires autres que les mutuelles entre 1960 et 1980 (de 32 % à 14 %), est également suivie d'une légère reprise à partir de 1990.

L'intervention des mutuelles a été relativement stable de 1960 à 1985, leur part s'élevant de 5 % à 7 % au moment de la création du « secteur 2 » – à honoraires libres – de la médecine de ville. Le taux de couverture des honoraires médicaux

par les mutuelles a ensuite très fortement augmenté, de 8 % en 1985 à 12 % en 2001. L'évolution la plus marquée concerne les autres biens médicaux dont le taux de prise en charge par les mutuelles croît de 5 % en 1975 à 13 % en 2001.

La participation des ménages et des autres assurances complémentaires au financement de la CSBM, qui atteignait 32 % en 1960, a diminué régulièrement jusqu'en 1980 (14 %), pour remonter à 17 % en 1990 et se maintenir à ce niveau jusqu'en 2001. Ceci s'explique par l'augmentation de leur participation aux frais de pharmacie et surtout aux dépenses de soins ambulatoires (dépassements des médecins et des dentistes pour les prothèses dentaires). La diminution spectaculaire de la part des autres biens médicaux restant à la charge des ménages et des autres assurances complémentaires, de 68 % en 1980 à 44 % en 2001, n'inverse pas cette tendance, puisque ce poste ne représente que 5 % de la participation des ménages et des assurances autres que les mutuelles au financement de la CSBM.

#### ■ Le financement des différentes catégories de dépenses.

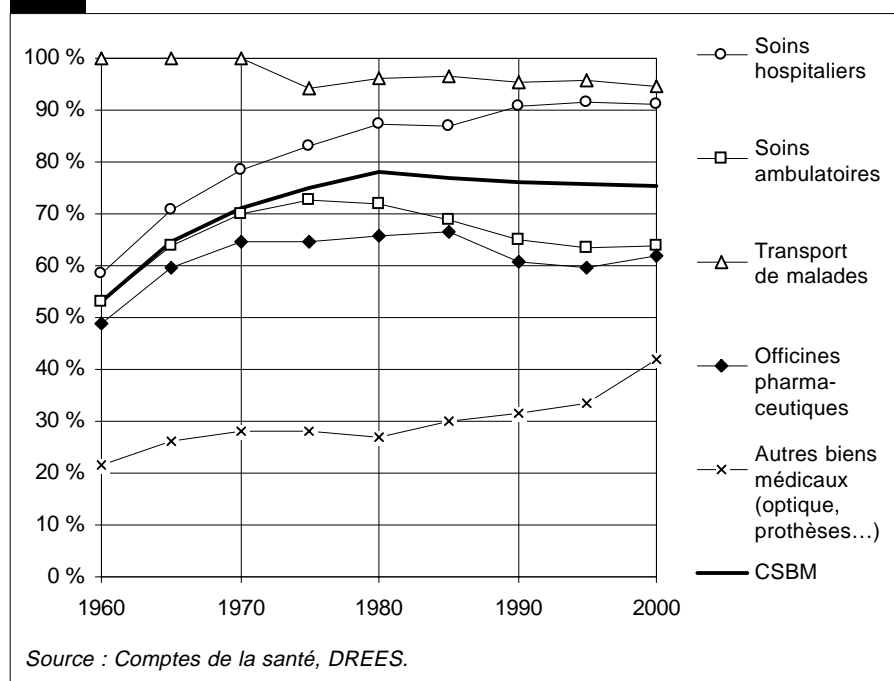
L'évolution de la structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux dans son ensemble

reflète celle de chacun de ses principaux postes. C'est dans le financement du secteur hospitalier que la part de la Sécurité sociale est la plus forte (excepté les transports de malades) : elle passe de 59 % en 1960 à 91 % en 2001 (graphique 6), celle des ménages et des autres assurances complémentaires diminuant de 24 % à 6 % dès 1980 pour tomber à 5 %. La part de l'État et des collectivités locales diminue quant à elle de 15 % en 1960 à 1 % en 2001, suite au recul du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale. La part des mutuelles est faible, de l'ordre de 2 %.

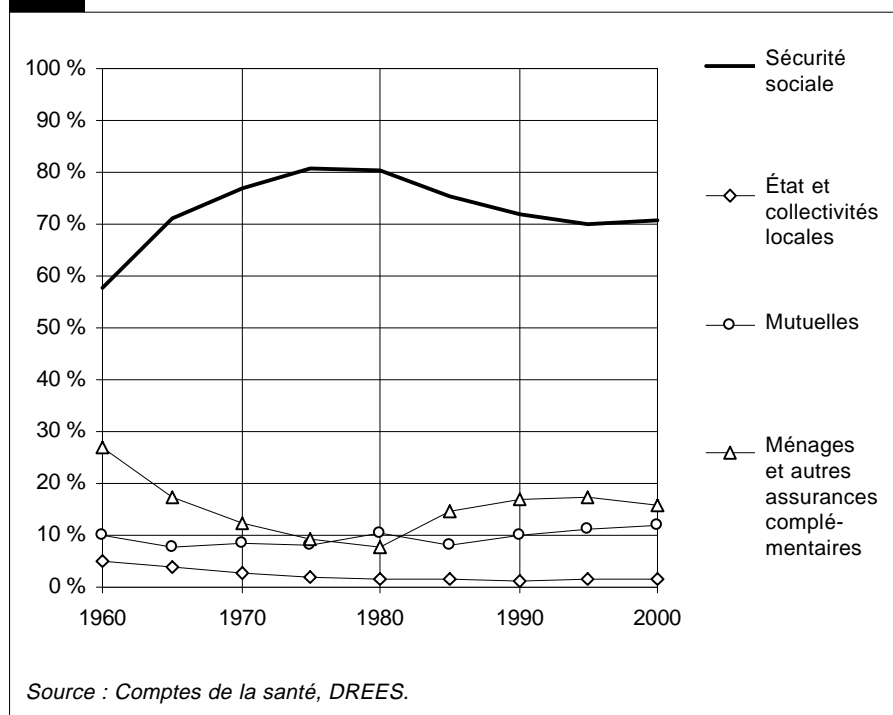
La part de la Sécurité sociale dans le financement des soins ambulatoires a une évolution plus heurtée, passant de 53 % en 1960 à 64 % en 2001 après un maximum de 72 % entre 1975 et 1980. Celle des ménages et des assurances complémentaires autres que les mutuelles se réduit de 35 % à 22 % en 2001 après un minimum de 18 % en 1980. La part de l'État et des collectivités locales est faible. Elle est de 3 % en 1960 et chute à 1 % dès 1980 pour remonter légèrement à 1,5 % en 2001 avec la mise en place de la CMU. La part des mutuelles, plus importante, passe de 9 % en 1960 à 12 % en 2001.

L'évolution la plus caractéristique concerne les soins dispensés par les mé-

**G.06** évolution du taux de couverture par la Sécurité sociale des divers postes de dépenses de 1960 à 2000



**G.07** structure du financement des soins de médecins  
de 1960 à 2000



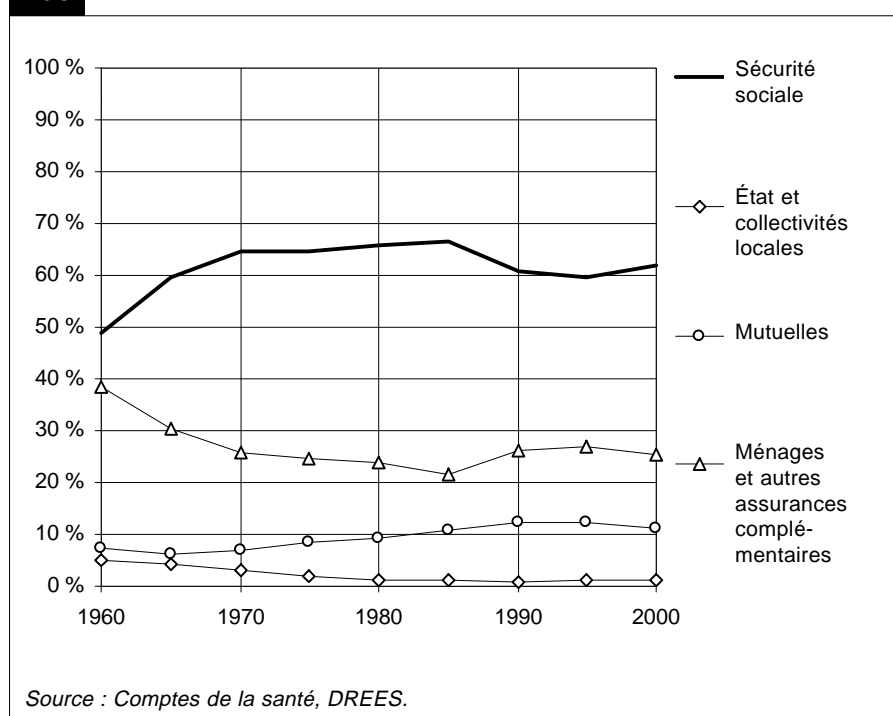
decins (graphique 7). La signature de la convention de 1980 autorise la création d'un secteur conventionnel à honoraires libres avec droit à dépassement, dénommé « secteur 2 ». Son développement, en nombre de praticiens comme en montants de dépassement, ira croissant de 1980 à 2001. La part de la Sécurité sociale dans le financement des honoraires des médecins a ainsi crû fortement de 1960 à 1980 (de 60 % à 80 %), pour diminuer de 1980 à 1990 (de 80 % à 70 %), puis se stabiliser à 70 % de 1990 à 2001.

L'évolution du financement des soins de dentistes mérite également d'être soulignée. La part de la Sécurité sociale dans le financement des honoraires des dentistes s'est ainsi accrue de 1960 à 1975 (de 50 % à 67 %), puis a diminué fortement de 67 % à 35 % entre 1975 et 2001. L'explication de cette baisse en est sans doute paradoxalement la création de la lettre-clé ScP (Cotation des soins conservateurs et des prothèses) en 1977. À l'origine conçue pour favoriser les soins conservateurs par rapport aux extractions, l'évolution des pratiques verra une très forte progression de l'activité de prothèses et des dépassements autorisés par rapport aux tarifs de la Sécurité sociale. Simultanément, la part du financement des ménages et assurances dans les soins dentaires a diminué de 45 % en 1960 à 35 % en 1980 pour revenir en 2001 à son niveau de 1960 (45 %). La participation des mutuelles s'est quant à elle sensiblement accrue, de 5 % en 1960 à 19 % en 2001.

La part de la Sécurité sociale dans le financement des médicaments reste enfin proche, quoique inférieure, à celle qu'elle occupe dans les soins ambulatoires (graphique 8). Elle reste stable entre 1970 et 1985, avec une chute sensible à partir de 1985. Suite aux différents plans d'économie intervenus depuis 1975, elle passe à 66 % en 1985, à 62 % en 1990, restant en 2001 à un niveau voisin de 63 %. La contribution financière des ménages et des autres assurances complémentaires décline sur l'ensemble de la période de 39 % à 25 %, un point bas étant atteint en 1985 avec une part de 22 %, suivi d'une légère reprise. La part de l'État et des collectivités locales est faible et diminue de 5 % en 1960 à 1 % en 2001. La part des mutuelles, plus im-

10

**G.08** structure du financement des médicaments  
de 1960 à 2000



portante, s'élève de 7 % en 1960 à 11 % en 2001.

La part de la Sécurité sociale dans le financement des autres biens médicaux est faible mais augmente particulièrement de 1995 à 2001 (graphique 9). Elle passe de 20 % en 1960 à 28 % en 1980 puis progresse jusqu'à 34 % en 1995. Elle culmine enfin à 42 % en 2001. La part des ménages et des autres assurances complémentaires, supérieure à 65 % jusqu'en 1980, décroît progressivement de 67 % en 1980 à 54 % en 1995, puis chute à 44 % entre 1995 et 2001. La part de l'État et des collectivités locales reste très faible sur toute la période (autour de 1 %), la part des mutuelles, plus importante, augmentant de 4 % en 1960 à 13 % en 2001.

La structure de ces autres biens médicaux explique pour partie l'évolution de leur financement. De 1960 à 1980, cette structure est restée stable, avec 70 % d'optique, 25 % de prothèses et 5 % de pansements. En 2001 la proportion de pansements est de 25 %, part désormais identique à celle des prothèses, et l'optique représente 50 % des dépenses. Le taux de remboursement des dépenses d'optique par la Sécurité sociale étant réduit (4 % en 2001) et ceux des pansements et prothèses élevés (89 % et 68 %), ce changement de structure induit un meilleur taux de remboursement moyen de ce poste par la Sécurité sociale.

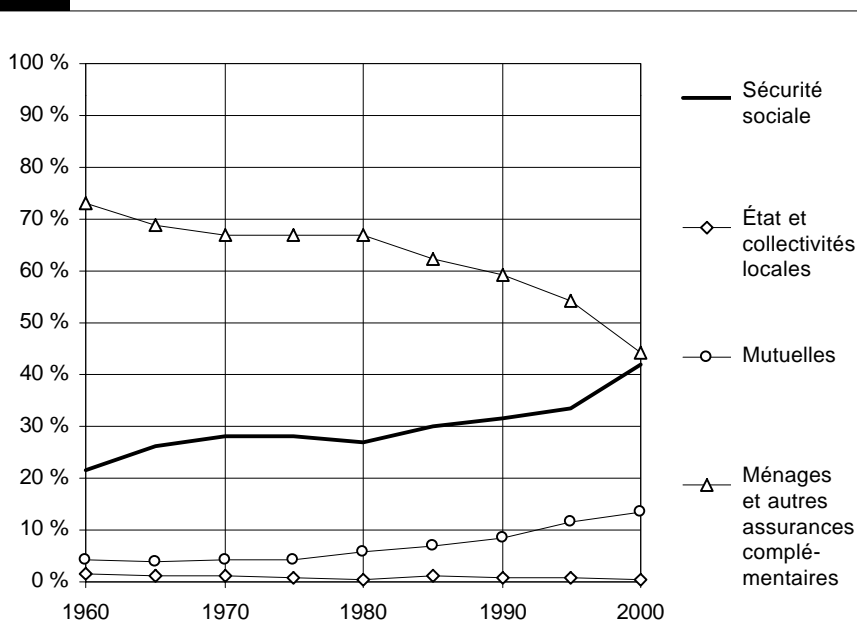
### Structure des dépenses de santé et reste à charge des ménages et des autres assurances complémentaires

Comme on l'a vu antérieurement, la part de la dépense de santé laissée à la charge des ménages ou d'opérateurs de couverture complémentaire maladie autres que les mutuelles a fortement diminué entre 1960 et 2001 (graphique 5). Comme dans le cas des autres biens médicaux précédemment évoqués, cette évolution ne traduit pas seulement l'évolution des taux réglementaires de remboursement. Elle résulte également des changements de la structure des dépenses de santé. Lorsque la part des soins ou biens médicaux fortement (respectivement, faiblement) remboursés augmente dans les dépenses totales de santé des ménages, le reste à charge des ménages diminue (respectivement, progresse) du

fait de cet effet de structure, même si aucun taux réglementaire de remboursement n'a été modifié. Il est donc intéressant de calculer un reste à charge des ménages corrigé de l'évolution de la structure des dépenses de santé, qui permet d'apprécier l'influence propre des politiques de remboursement. Le graphique 10 présente simultanément la part brute des dépenses de santé restant à la charge des ménages et des assurances complémentaires autres que les mutuel-

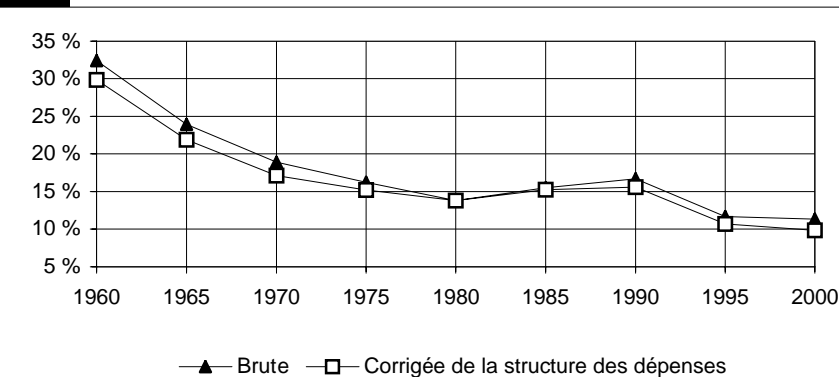
les, et son évolution corrigée des changements de la structure des dépenses de santé. On constate qu'avec cette correction, la diminution du reste à charge des ménages et des autres assurances complémentaires de 1960 à 1980 est moins importante que celle qui apparaît à partir des données brutes, ce qui s'explique par la croissance au cours de cette période de la part des dépenses hospitalières plus fortement remboursées. À l'inverse, le reste à charge diminue plus vite « à struc-

**G.09** structure du financement des autres biens médicaux (optique, prothèses, pansements...) de 1960 à 2000



Source : Comptes de la santé, DREES.

**G.10** part de la CSBM restant à la charge des ménages et des assurances complémentaires autres que les mutuelles, brute et corrigée de la structure des dépenses



Source : Comptes de la santé, DREES.

ture constante » qu'en données brutes de 1980 à 2001. La diminution de ce reste à charge, qui semble s'arrêter en données brutes entre 1995 et 2000, se poursuit à cet égard si l'on raisonne à structure constante des dépenses, quoiqu'à un rythme ralenti. C'est là l'effet de la progression rapide des dépenses liées aux médicaments et aux autres biens médicaux : ces catégories de biens médicaux sont en effet plus faiblement remboursées, ce qui diminue la part brute des dépenses de santé laissées à la charge des ménages ou prises en charge par des sociétés d'assurance ou des institutions de prévoyance. L'observation, sur la période 1992-2001, de la légère croissance de la part prise part les assureurs complémentaires autres que les mutuelles dans le financement de l'ensemble des dépenses de santé (encadré 3, graphique 4) permet de penser que le reste à charge supporté par les seuls ménages a lui aussi continué à décroître au cours des dernières années. ●

### Pour en savoir plus

- *Élise AMAR* : « *Les dépenses de médicaments remboursables en 2002* », Études et Résultats, n° 240, mai 2003, DREES.
- *Catherine BAC, Gérard CORNILLEAU* : « *Comparaison internationale des dépenses de santé* », Dossiers Solidarité et Santé, n° 1, janvier-mars 2001, DREES.
- *Catherine BAC, Gérard CORNILLEAU* : « *Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970* », Études et Résultats, n° 175, juin 2002, DREES.
- *CNAMTS* : « *La concentration des dépenses et son évolution dans le temps* », Point de conjoncture, n° 11, mars 2003.
- *Annie FENINA* : « *Les comptes de la santé en 2001* », Études et Résultats, n° 187, septembre 2002, DREES.
- *Annie FENINA* : « *Comptes nationaux de la santé 2001* », Documents de travail, série « *Statistiques* », n° 39, septembre 2002, DREES.
- *Ronan MAHIEU* : « *Les déterminants des dépenses de santé : une approche macroéconomique* », Document de travail, G 2000 / 01, janvier 2000, INSEE.