

De 1950 à 2015, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a plus que triplé, passant de 2,6 % à 8,9 % du PIB (graphique 1).

Entre 1950 et 2015, les dépenses de santé ont progressé à un rythme annuel moyen bien supérieur à celui du PIB : +10,0 % pour la CSBM, contre +7,9 % pour le PIB en valeur.

De 1950 à 1985, montée en charge du système de santé et développement de l'offre de soins

De 1950 à 1985, le financement public joue un rôle central dans le développement du système de santé. La couverture maladie se généralise et la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM passe de 50 % à 80 %.

L'ensemble des composantes de la CSBM est très dynamique sur cette période. En particulier, les volumes consommés de médicaments progressent très fortement (+10,5 % en moyenne annuelle, graphique 2). La dépense hospitalière augmente particulièrement (un peu plus de 7 % par an en volume), à la suite d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux. En matière de soins de ville, le volume de la dépense progresse de 6,6 % par an en moyenne, en raison d'effets d'offre (hausse du nombre de médecins, recours croissant aux spécialistes, innovations technologiques, etc.), mais aussi d'une demande mieux solvabilisée par le fort développement des assurances complémentaires, dont le taux de couverture passe de 31 % des assurés en 1960 à 69 % en 1980.

Si les prix des soins de ville et des soins hospitaliers progressent, ceux du médicament reculent*. Compte tenu des dynamiques différenciées des prix et des volumes par poste, la structure de la CSBM se déforme (graphique 3) : la part de la dépense hospitalière dans la CSBM s'accroît fortement, passant de 43 % à 53 % entre 1950 et 1985. En revanche, sur la même période, la part des médicaments recule de 25 % à 18 % et celle des soins de ville baisse légèrement, de 27 % à 26 %.

La recherche croissante d'une meilleure maîtrise du système pour garantir sa viabilité

Au milieu des années 1970, le retournement de la conjoncture se traduit par de moindres recettes pour la Sécurité sociale, alors que la meilleure prise en charge des patients, notamment ceux en affection de longue durée (ALD), et le vieillissement de la population

continuent de rendre la dépense dynamique. Les comptes de l'assurance maladie se retrouvent ainsi, dès cette époque, régulièrement en déficit.

C'est la raison pour laquelle, dès le milieu des années 1970 et plus systématiquement à partir des années 1980, les plans de redressement se succèdent (augmentations des recettes ou des cotisations, mesures de régulation de la dépense ou de déremboursement...). Ces plans engendrent une fluctuation de la part de la CSBM dans le PIB, qui alterne entre croissance et stabilisation.

Entre 1985 et 1995, ce sont les médicaments, les autres biens médicaux et les soins de ville qui tirent la croissance de la CSBM avec le développement du secteur 2 pour les médecins spécialistes, mais aussi la hausse du nombre de patients en ALD. La création d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à compter de 1997 permet d'infléchir provisoirement la tendance à la hausse de la CSBM. Mais celle-ci reprend au début des années 2000 avec un rythme annuel de 5 % à 6 % en valeur, pour tous les types de soins. Au-delà des déremboursements de médicaments, des mesures d'efficacité et de régulation d'un nouveau genre sont alors prises à partir du milieu des années 2000 : mise en place progressive de la tarification à l'activité pour les soins hospitaliers à partir de 2004, instauration de participations forfaitaires et de franchises pour les soins de ville en 2005 et 2008, renforcement de la maîtrise médicalisée, instauration d'une procédure d'alerte en cas de risque de dépassement de l'ONDAM... L'ensemble de ces mesures conduit à modérer le rythme de progression de la CSBM, qui passe sous les 4 % en valeur en 2005, puis sous les 3 % depuis 2010.

Avec le ralentissement de la croissance des dépenses hospitalières, la part des soins hospitaliers dans la CSBM a reculé depuis 1985 et reste relativement stable depuis 2010, autour de 47 % de la CSBM en 2015. À l'inverse, les dépenses d'autres biens médicaux et de transport ont une croissance supérieure aux autres postes de la CSBM depuis les années 1980. Ils représentaient moins de 5 % de la CSBM jusqu'en 1990 et ont progressivement pris de l'importance pour atteindre près de 10 % en 2015. En revanche, la part des soins de ville et des médicaments est restée quasi stable entre 1985 et 2015.

* Effet accentué par le mode de calcul retenu (cf. annexe 5).

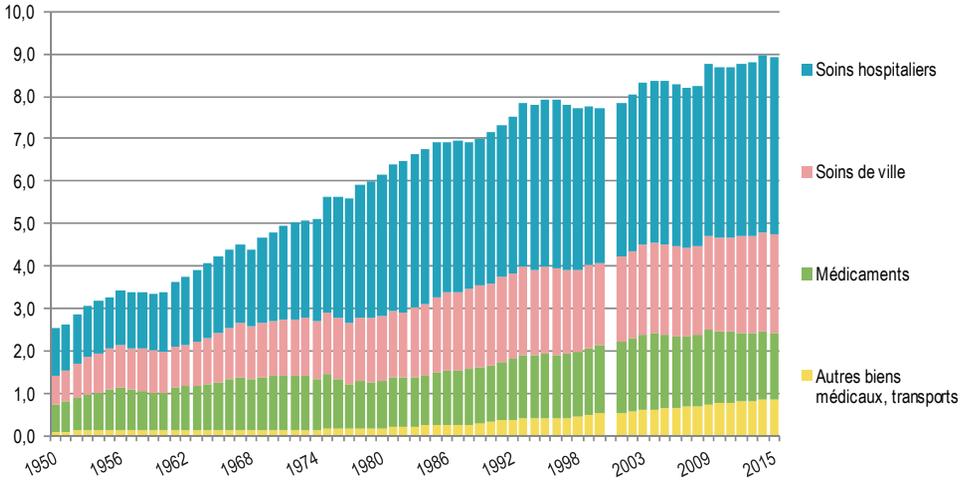
Pour en savoir plus

Mikou M., Solard J., Roussel R., 2015, « La montée en charge des risques sociaux depuis 1945 », *Vie sociale*, n° 10, février.

Le Garrec M.-A., Koubi M., Fenina A., 2013, « 60 années de dépenses de santé : une rétropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », *Études et Résultats*, n° 831, DREES, février.

Graphique 1 Principaux postes de la CSBM en pourcentage du PIB depuis 1950

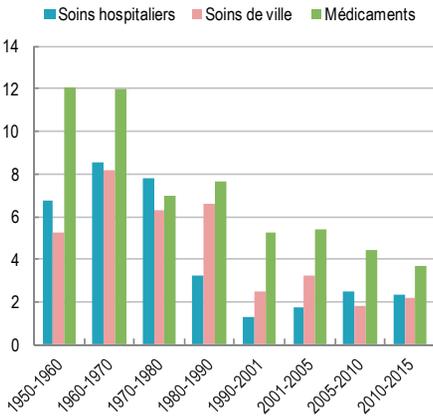
En % du PIB



Source > DREES, Comptes de la santé (base 2005 pour la période 1950-2000, base 2010 pour la période 2001-2015) ; INSEE, comptes nationaux, base 2010 pour le PIB.

Graphique 2 Taux de croissance annuels moyens des principaux postes de la CSBM (en volume)

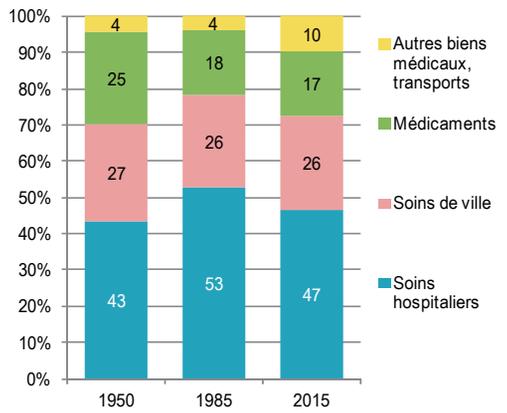
En %



Source > DREES, Comptes de la santé (base 2005 pour la période 1950-2000, base 2010 pour la période 2001-2015).

Graphique 3 Structure de la CSBM

En %



Source > DREES, Comptes de la santé (base 2005 pour la période 1950-2000, base 2010 pour la période 2001-2015).