

Paris, le 8 septembre 2011

## Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

Dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement, la Cour des comptes rend public son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

### ***Jamais le déficit de la sécurité sociale n'a atteint un niveau aussi élevé qu'en 2010***

D'un montant de **29,8 Md€**, il a plus que triplé en deux ans (-8,9 Md€ en 2008). Pour l'essentiel, ces déficits se sont concentrés sur le régime général dont toutes les branches, en particulier l'assurance maladie et l'assurance vieillesse, ont vu leur déficit augmenter, et sur le fonds spécial vieillesse (FSV), chroniquement sous-financé.

Le niveau exceptionnellement élevé des déficits ne s'explique que partiellement par la crise économique. En 2010, le **déficit structurel** du régime général a été d'environ **0,7 point de PIB** sur un déficit total d'1,2 point.

### **Une spirale de la dette sociale qu'il est urgent d'infléchir**

L'accumulation des déficits entretient une **spirale d'accroissement de la dette sociale** qui s'élevait à **136 Md€ fin 2010**. Le dispositif exceptionnel de cantonnement de la dette sociale, mis en place en 1996 avec la création de la **caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)**, a été **rendu pérenne** par des **transferts répétés de dettes**. Le montant de la dette sociale dont le transfert a été décidé jusqu'en 2018 s'élève désormais à **260 Md€**, et la durée de vie de la caisse, prolongée jusqu'en 2025, a doublé.

**La dette sociale a pu être financée** dans de bonnes conditions malgré la crise en bénéficiant de la **baisse des taux d'intérêt**, et grâce à une **ingénierie financière efficace**. Mais elle représente une **lourde charge : 30 Md€ d'intérêts ont été réglés depuis 1996**. Surtout, la capacité d'amortissement annuel de la dette - 11,4 Md€- est constamment inférieure au montant du déficit constaté. **La dette sociale ne cesse ainsi de grossir.**

Comme l'a déjà exprimé la Cour, le **déficit de la sécurité sociale constitue en soi une anomalie**. Aucun de nos grands voisins européens n'accepte des déséquilibres durables de sa protection sociale. Revenir à l'équilibre des comptes sociaux est un impératif.

L'accélération du redressement doit s'accompagner du rétablissement d'un lien fort entre le déficit d'une année et les ressources supplémentaires affectées à la CADES pour en assurer le financement. La Cour propose **d'instituer, par une modification de loi organique** et dans le cadre d'un calendrier précis et fiable de retour à l'équilibre des comptes sociaux, un **transfert automatique à la CADES en fin d'année de la part de l'endettement de l'ACOSS correspondant au déficit du régime général** et du FSV, en privilégiant une hausse de la CRDS pour en financer le remboursement.

#### **Contacts presse :**

Dorine BREGMAN - Directrice de la communication - Tél : 01 42 98 98 09 - [dbregman@ccomptes.fr](mailto:dbregman@ccomptes.fr)

Denis GETTLIFFE - Responsable des relations presse - Tél : 01 42 98 55 77 - [dgettliffe@ccomptes.fr](mailto:dgettliffe@ccomptes.fr)

### ***L'effort accru de rétablissement des comptes doit par priorité concerner l'assurance maladie***

Son déficit représente près de la moitié de celui du régime général. Certes **l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté en 2010, pour la deuxième fois seulement depuis son institution**. Ce résultat en soi positif, s'il est dû à un pilotage plus fin et plus ferme de la dépense, est aussi lié à des facteurs circonstanciels. La tenue dans la durée d'un ONDAM resserré nécessite d'amplifier considérablement les efforts et de mobiliser avec constance toutes les marges d'efficience possibles.

### ***Maîtriser plus fermement la dépense de médicament***

Notre pays se caractérise par le **niveau particulièrement élevé de ses dépenses de médicament - 36 Md€-**, soit en **part de PIB 15 % de plus que l'Allemagne**, et un niveau de prise en charge par l'assurance maladie qui augmente régulièrement (de 73,6% à 77,3% sur les sept dernières années). Les constats faits font apparaître que le **système d'admission au remboursement et de fixation des prix est insuffisamment rigoureux et peu transparent**. Les efforts de régulation s'essoufflent, en particulier la **diffusion des génériques qui tend à reculer** en volume du fait notamment de la stratégie de « contre génériques » mise en œuvre par certains laboratoires. Les incitations à une prescription plus sobre, en ville comme à l'hôpital, ne sont pas à la hauteur des enjeux. Une refonte d'ensemble du dispositif est ainsi indispensable.

### ***Remédier aux inégalités persistantes dans la répartition territoriale des médecins***

**Il n'y a jamais eu autant de médecins en France ni une densité médicale aussi élevée**. Après un creux passager, leur croissance démographique va reprendre à compter de 2019 et doit amener d'ores et déjà à réfléchir au niveau du numerus clausus pour les prochaines années et à une régulation plus pertinente des flux de formation. Leur **inégaie répartition appelle des mesures fortes et plus efficaces** que les multiples dispositifs actuels, aux résultats non probants. Dans la mesure où l'assurance maladie prend déjà en charge une partie importante des cotisations sociales des médecins conventionnés, la Cour propose d'introduire une modulation généralisée de cette prise en charge par l'assurance maladie en fonction de l'implantation territoriale des médecins.

### ***Mieux valoriser les compétences des sages-femmes***

**Le nombre de sages-femmes a quasiment doublé depuis 1990 et une complémentarité mieux articulée** avec les autres professionnels de la naissance, et notamment les **gynécologues obstétriciens**, serait de nature à **valoriser les compétences respectives de ces professions médicales** au bénéfice de la **sécurité des patientes**, des **objectifs de la politique de périnatalité** et de l'optimisation des prises en charge par l'assurance maladie.

### ***Mobiliser activement les marges d'efficience importantes du système hospitalier***

La **convergence tarifaire entre hôpitaux publics et cliniques privées**, dont le terme a été fixé par la loi à 2018, suppose des **arbitrages rapides**, en particulier sur le périmètre de cette convergence, pour parvenir à une véritable égalisation des conditions de concurrence entre les deux secteurs. Les **centres hospitaliers universitaires (CHU)** doivent être **incités à considérablement intensifier leurs efforts de réorganisation interne** dès lors notamment que leur spécificité en matière de soins apparaît en réalité limitée. Les coopérations hospitalières devraient apporter une contribution accrue à une meilleure utilisation et à la qualité de l'offre de soins par un pilotage plus affirmé.

### ***Mettre fin aux incohérences des prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire***

En analysant ces dispositifs, notamment celles liées **aux affections de longue durée**, la Cour a constaté que le **système actuel se révèle complexe et peu cohérent**. Les exonérations de ticket modérateur représentent, pour les soins de ville, un coût de l'ordre de 10Md€ dont 8 Md€ au titre des affections longue durée. Ce système est en partie inefficace car il laisse pour certains assurés des restes à charge très élevés.

### ***Réorienter les niches sociales et fiscales des complémentaires santé et de l'épargne retraite***

La Cour a relevé que **certaines exonérations de cotisations sociales** pouvaient occasionner des **effets d'aubaine** alors même que les **catégories aux revenus peu élevés en bénéficient peu**. Ces **aides** doivent être **mieux ciblées** en faveur de ces catégories **afin de les inciter à acquérir une couverture complémentaire santé et des produits d'épargne retraite**.

### ***La réorganisation des caisses et des régimes de sécurité sociale doit permettre de dégager des gains de productivité accrus***

Au cours des dernières années, des **progrès réels en matière de productivité** des organismes du régime général ont été dégagés, pour l'essentiel concernant la **branche maladie**. Cependant, alors que les **coûts de gestion** administrative de régime général représentent **10 Md€ par an**, ces progrès apparaissent insuffisamment ambitieux au regard **des gains potentiels liés en particulier à la dématérialisation des tâches**. En allant au-delà de la fusion juridique des caisses, des réorganisations plus profondes doivent être menées. Ainsi, un **objectif de réduction de 10 % de ses coûts de gestion**, soit **un milliard d'euros d'économies**, pourrait être **fixé au régime général** au cours des prochaines années.

La **gestion des prestations que la branche famille verse pour le compte de l'Etat et des départements** (aides au logement, allocation pour adultes handicapés, RSA) représente désormais **une part majoritaire de son activité**. Elle doit **améliorer ses coûts de gestion**, se doter d'une **comptabilité analytique** et facturer ses frais de gestion au coût réel. Par ailleurs, la restructuration du réseau de la Mutualité sociale agricole reste à parfaire.

## **Les principales recommandations du rapport**

### **LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX**

- 1- Revenir à l'équilibre des comptes sociaux selon un calendrier rapproché. En conséquence, intensifier la maîtrise des dépenses sociales, notamment d'assurance maladie et augmenter les recettes en agissant prioritairement sur les « niches » sociales.*
- 2- Prévoir par une disposition de loi organique un transfert automatique à la CADES en fin d'année de la part de l'endettement de l'ACOSS correspondant au déficit du régime général et du FSV, dans le cadre d'une programmation précise et fiable de retour à l'équilibre des comptes sociaux et en privilégiant un relèvement de la CRDS pour financer ce transfert.*

### **LES DEPENSES DE SOINS ET LEUR MAITRISE**

- 3- Définir des règles relatives à l'évaluation des médicaments qui permettent d'établir un lien cohérent entre cette évaluation, l'admission au remboursement et le prix fixé pour les spécialités, notamment en prenant en compte systématiquement des études d'ordre médico-économiques pour tous les produits innovants.*

- 4- *Moduler la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des médecins, y compris ceux déjà installés, en fonction de leur répartition territoriale.*
- 5- *Mieux articuler et valoriser les compétences respectives des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens. Permettre l'expérimentation des maisons de naissance dans des conditions rigoureuses.*
- 6- *Asseoir la convergence tarifaire entre établissements hospitaliers du secteur public et du secteur privé sur une convergence renforcée des coûts de production plutôt que sur la création de nouvelles dotations forfaitaires. Définir le périmètre de la convergence tarifaire à l'horizon 2018 ainsi que le niveau et les modalités de rapprochement des tarifs à cette échéance.*
- 7- *Redéfinir le dispositif des aides contractuelles accordées aux CHU et son suivi de façon à mettre fin à des financements accordés dans le seul objectif de minorer le montant des déficits. Être nettement plus sélectif dans l'attribution des financements des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) en s'appuyant sur des indicateurs de performance portant sur l'activité et la qualité de la recherche.*

#### **COUVERTURE OBLIGATOIRE ET PROTECTION FACULTATIVE**

- 8- *Mieux connaître le coût des ALD, notamment à l'hôpital, mieux réguler cette dépense et poursuivre la révision de la liste des ALD.*
- 9- *En matière d'assurance maladie complémentaire, reconsidérer les exemptions de cotisations sociales dont bénéficient les contrats collectifs et réduire les effets de seuil de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS).*
- 10- *Pour les foyers à revenus élevés, réduire, voire supprimer, les incitations à l'épargne retraite individuelle et les renforcer pour les foyers à revenus faibles ou moyens.*

#### **LA QUALITE DE GESTION DES CAISSES ET DES REGIMES**

- 11- *Promouvoir les mutualisations de manière plus systématique et rigoureuse sur la base d'un schéma-type d'organisation. Anticiper et préparer la renégociation de l'accord relatif aux garanties conventionnelles des agents dans le cadre de l'évolution des réseaux, aux fins d'une plus grande fluidité de leurs parcours professionnels.*
- 12- *Inscrire dans la loi le principe de la facturation des frais de gestion fondé sur les coûts réels constatés pour les prestations servies pour le compte de l'Etat et des départements par la branche famille.*
- 13- *Expertiser d'ici 2013 le transfert aux caisses d'allocations familiales de la gestion actuellement assurée par la Mutualité sociale agricole des prestations familiales des salariés et des exploitants agricoles.*

[Consulter le rapport et les autres éléments](#)

---

#### **Contacts presse :**

Dorine BREGMAN - Directrice de la communication - Tél : 01 42 98 98 09 - [dbregman@ccomptes.fr](mailto:dbregman@ccomptes.fr)

Denis GETTLIFFE - Responsable des relations presse - Tél : 01 42 98 55 77 - [dgettcliffe@ccomptes.fr](mailto:dgettcliffe@ccomptes.fr)