

Comptes de la protection sociale 2006 en Md€

2006	PIB	Budget	Prot.Sociale	Retraites
	1800	272	526	218
44,4%		15%	29,4%	12,2%

Répartition de la Protection sociale (2006)

Santé	Retraite	Famille	Emploi	Logement	Exclusion
35,2%	44,7%	9,1%	6,8%	2,7%	1,5%
185,2	235,1	47,9	35,8	14,2	7,9

Rapport Cour des Comptes Sécu 2008

Ch1 : les comptes sociaux en 2007

Tableau d'équilibre par branche du régime général *En Md€*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	144,4	149,0	-4,6
Vieillesse	85,7	90,3	-4,6
Famille	54,6	54,4	0,2
Accidents du travail	10,1	10,6	-0,5
Total	290,0	299,5	-9,5

Source : Direction de la sécurité sociale

Evolution des résultats depuis 2003

Le déficit d'ensemble des régimes de sécurité sociale et des fonds est resté constamment supérieur à 10 Md€ depuis 2003, confirmant le caractère structurel de l'insuffisance des ressources.

	2003	2004	2005	2006	2007
Régime général	-11,5	-13,2	-11,6	-8,7	-9,5
Tous régimes	-11,7	-12,8	-11,6	-7,8	-9,1
Fonds de financement	-0,9	-1,4	-3,4	-2,6	-2,1
Total*	-12,6	-14,1	-14,4	-10,2	-11

**Le total tient compte de la déduction des résultats du régime des exploitants agricoles, traduit à la fois dans les résultats des régimes et dans ceux des fonds.*

Source : Cour des comptes

b) Elargissement du périmètre des recettes fiscales affectées

Les impôts et taxes affectés (ITAF) représentent une part croissante des produits des régimes de sécurité sociale (26 % en 2007)20.

Au total, les impôts et taxes affectés au financement des allègements généraux pour 2007 permettent juste d'équilibrer le coût du dispositif selon le principe des « droits constatés » (21,8 Md€, en hausse de 11,8 %).

Les évolutions de la structure du financement

1 – Une dynamique des dépenses plus forte que celle des recettes sur la période 2000-2007

Entre 2000 et 2007, les dépenses nettes du régime général ont augmenté de 84,4 Md€, pour atteindre 290,2 Md€ contre 205,8 Md€ en 2000. En 2007, elles représentaient 15,34 % du PIB contre 14,30% en 2000, soit une augmentation de 1,04 point.

compensées	1 886 9 496 13 269 17 369 18 970 21 672 25 110
Mesures non compensées	Total mesures non compensées
	1 313 2 024 2 390 2 167 2 073 2 353 2 692
Coût total des exonérations	3 199 11 520 15 659 19 536 21 043 24 025 27 802

Source : ACOSS

En 2007, le montant total de l'ensemble des dispositifs d'exonérations a atteint 27,8 Md€, dont 21,2 Md€ ont fait l'objet d'une compensation sous la forme d'une affectation d'impôts et taxes et 3,8 Md€ d'une dotation budgétaire. En 2008, leur coût attendu est estimé par le PLFSS à 32,3 Md€, y compris plus de 4 Md€ au titre des exonérations sur les heures supplémentaires prévues par la loi TEPA.

RECOMMANDATIONS

8. Réduire sensiblement la plage actuelle des exonérations générales et déconnecter leur seuil de sortie des évolutions du SMIC, en l'exprimant en euros ou en pourcentage du plafond de sécurité sociale.
9. Réexaminer la composition du panier fiscal affecté en compensation des exonérations.
10. Réexaminer les dispositifs d'exonérations ciblées à la lumière de l'évaluation de leur efficacité et de leur efficience.

Chapitre V

Le financement des dépenses de santé : répartition et transferts de charge entre contributeurs depuis 1996

Les nouvelles participations forfaitaires instaurées dans la LFSS 2008 visent à organiser un transfert de charge estimé à 800 M€ en direction des ménages : massives et inacceptables pour les uns, modestes et inéluctables pour les autres, elles s'inscrivent dans une démarche de responsabilisation des assurés qui constituait l'un des objectifs de la loi du 13 août 2004 : infléchir la croissance de la consommation de soins en augmentant la charge directe des ménages.

Répartition du financement selon les agrégats considérés en 2006 En M€

Financiers	AMO	AMC	Ménages	Autres 193	Total
Consommation de soins et biens médicaux	120586	20436	13407	2136	156565
Parts dans la CSBM	77 %	13 %	8,5 %	1,36 %	100,00%
Dépense courante de santé	146932	25425	13459	12494	198309
Parts dans la DCS	74 %	12,8 %	6,7 %	6,3 %	100,00 %

Source : Cour des comptes d'après les comptes nationaux de la santé (base 2000)

3 – Le reste à charge est constitué pour près d'un tiers de dépassements

La dépense totale supportée par les AMC et les ménages n'est pas assimilable au co-paiement, à savoir le ticket modérateur et les participations forfaitaires (forfait journalier hospitalier, forfait de 18 € et participations sur les actes médicaux instaurées en 2005). En 2006, le co-paiement ne représente en effet que la moitié du reste à charge.

En revanche, les dépassements de tarifs opposables (soit d'honoraires des médecins et des dentistes, soit des prix des produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables -LPPR- dont l'optique) sont en revanche supérieurs à 10 Md€ et en représentent près du tiers : il ne s'agit là ni de dépenses hors panier de soins remboursable par l'AMO, ni de dépenses non présentées au remboursement, mais de dépenses supplémentaires afférentes aux prestations incluses dans le panier de soins de l'AMO.

Les catégories de dépenses de la CSBM en 2006 : parts et contributions des financeurs *En M€*

Dépenses par catégorie	Montants	Structure Parts des financeurs				
		AMO	AMC	Ménages	Autres	
Hôpitaux du secteur public	54 151	34,5%	94,2%	2,6%	1,90%	1,20%
Hôpitaux du secteur privé	15 707	10,03%	83,92%	9,23%	5,54%	1,32%
1 Sous-total : Soins hospitaliers	69 858	44,62%	91,90%	4,15%	2,72%	1,23%
- Médecins	19 881	12,70%	70,64%	18,28%	9,40%	1,67%
- Auxiliaires	9 689	6,19%	80,89%	9,18%	9,17%	0,76%
- Dentistes	9 080	5,80%	34,75%	34,71%	28,28%	2,26%
Laboratoires d'analyses	4 135	2,64%	74,03%	21,29%	2,86%	1,82%
2 Sous-total : Soins ambulatoires	42 785	27,33%	65,67%	20,38%	12,32%	1,63%
3 Transports de malades	3 083	1,97%	94,10%	3,23%	1,96%	0,71%
Officines pharmaceutiques	200 31 942	20,40%	67,51%	18,92%	12,09%	1,48%
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	8 898	5,68%	43,00%	30,02%	26,00%	0,98%
4 Sous-total : biens médicaux	40 840	26,08%	62,17%	21,34%	15,12%	1,37%
CSBM (1+2+3+4)	156 565	100,00%	77,02%	13,05%	8,56%	1,36%
En montants	156 565	120 586	20 436	13 407	2 136	

Source : Cour des comptes d'après les comptes nationaux de la santé 2006 (base 2000)

Comptabilité nationale et CNS (exercice 2006) : le poids de la CSBM

Comptabilité nationale CNS Santé /

Total

Consommation effective des ménages	204 1 292,8 Md€	CSBM :	156,6 Md€
	12,1 %		
dont dépenses finales des ménages	205 993,2 Md€	Ménages + AMC :	33,8 Md€
	206 3,4 %		
dont dépenses individualisables des APU	2 76,0 Md€	AMO + Autres :	122,8 Md€
	44,5 %		

Source : Cour des comptes

III - Les mesures de transfert introduites depuis la loi du 13 août 2004 (p177)

La loi du 13 août 2004 a introduit une démarche de responsabilisation des assurés, un de ses objectifs affichés étant d'infléchir la croissance de la consommation de soins en augmentant la charge directe des ménages.

L'hypothèse centrale sur laquelle a reposé cette démarche est celle d'une élasticité entre le niveau de la charge directe laissée aux assurés et leur niveau de consommation, la régulation par l'offre de soins étant dès lors considérée comme nécessaire mais non suffisante. Les principes affichés qui complétaient cette hypothèse sont de deux ordres : d'une part, les transferts financiers effectifs seraient moindres, à terme, que ceux estimés ab initio puisque la consommation est précisément appelée à diminuer, d'autre part, cette incitation à une moindre consommation ne conduirait pas à dégrader le recours aux soins utiles, car elle se concentrerait sur des soins inutiles ou de confort.

B – Deux constats essentiels sur les transferts théoriques

1 – Les transferts de charge ne concernent pas que les « soins de confort »

Dans cette estimation, les transferts identifiés comme faisant suite aux mesures décidées depuis 2004, représentent une diminution de 3,3 Md€ des dépenses d'AMO : la moitié est produite par le médicament (y compris les mesures spécifiques aux ALD et la participation forfaitaire par boîte introduite en 2008), 850 M€ par les soins ambulatoires avec principalement les participations forfaitaires sur les actes et les pénalités du parcours de soins coordonné, enfin 800 M€ par l'hôpital. Cette répartition relativise l'affirmation selon laquelle ces transferts n'auraient pour objet que les produits de confort.

2 – Les transferts impactent principalement les ménages, mais ne semblent pas infléchir la tendance de consommation

Ce constat conduit à relativiser l'effet dans le temps des transferts organisés sur les seuls ménages qui ne bénéficient plus alors de la mutualisation que leur apporte la couverture complémentaire ; il suggère également que les mesures prises depuis 2004 ne résolvent pas de manière structurelle le problème que pose le rythme de croissance des dépenses de santé, supérieur à la croissance du PIB.

Rapprochement des comptes nationaux et des estimations de mesures (de 2004 à 2006) En M€

	AMO	Couverture complémentaire	Ménages
Modifications de répartition dans les CNS	- 549	+ 520	+ 52
Estimation des montants transférés par les mesures	- 1 584	- 63	+ 1 313

Source : Cour des comptes

En premier lieu, la déformation de la structure de consommation ne conduit pas à augmenter la part des soins et biens médicaux les mieux remboursés : c'est précisément le contraire qui s'est produit comme on l'a vu précédemment. La part des soins hospitaliers qui sont les plus remboursés diminue (91,9 % de taux de prise en charge AMO), alors que la part des biens médicaux, les moins remboursés (62,17 %), augmente.

En second lieu, si le taux de prise en charge de l'AMO augmente sous l'effet des affections de longue durée (ALD) et/ou de la prise en charge de médicaments innovants plus coûteux et que sa part dans la CSBM reste globalement stable, c'est que précisément les mesures de transfert produisent des effets qui contribuent à financer le surcroît de charge.

Ainsi, plutôt qu'un *transfert entre les trois financeurs* AMO, AMC et ménages, ces phénomènes récents traduisent davantage un *transfert entre assurés*. Le recours accru à des soins plus coûteux qu'engendre notamment l'augmentation du nombre des assurés en ALD est financé partiellement par les assurés eux-mêmes.

IV - Coût et effets de la couverture complémentaire

A – Le coût élevé de la couverture complémentaire

1 – Les coûts de gestion

Le marché concurrentiel des assureurs complémentaires reste éclaté, malgré une tendance récente aux regroupements, ce qui entraîne des coûts de gestion élevés, liés notamment aux frais de prospection et de rotation de la clientèle. Deux sources d'information différentes permettent de les situer entre 24 % et 29 % des prestations servies en 2006 : les comptes nationaux de la santé et le compte de résultat technique simplifié produit par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles. Il s'agit là d'une approche moyenne, toutes prestations confondues.

Coûts de gestion d'après les informations de la DREES en 2006 En M€

AMC Dont mutuelles Dont IP Dont SA

Coûts de gestion	4 989	3 253	846	890
Prestations gérées	20 436	11 598	3 798	5 040
Ratio coûts de gestion/prestations	24,4 %	28,0 %	22,3 %	17,7 %

Source : Cour d'après les informations de la DREES

Sur la base des montants retracés dans les comptes de la santé qui prennent en compte les coûts complets (frais de gestion des sinistres, mais aussi frais d'administration et frais commerciaux), le ratio est de 24,4 %.

Celui-ci est minoré, dans la mesure où la DREES, ne disposant pas d'informations sur les sociétés d'assurance, leur applique en réalité le ratio de gestion constaté sur les institutions de prévoyance en 2003.

Coûts de gestion/prestations d'après les informations de l'ACAM en 2006

En %

	AMC	Dont mutuelles	Dont IP	Dont SA
Gestion des sinistres	5,9	4,9	4,8	7,8
Frais d'acquisition	12,0	5,2	3,7	26,5
Frais généraux	11,0	14,7	5,0	9,4
Ratio coûts de gestion/prestations	28,9	24,8	13,5	43,7

Source : Cour d'après les informations de l'ACAM (compte de résultat technique simplifié)

Les coûts de gestion imputés à l'AMO dans les comptes nationaux de la santé de 2006 font apparaître un ratio de 5,4 % : l'ajout des coûts de gestion du recouvrement n'augmente que faiblement ce ratio qui est alors de 5,9 %.

Cet écart de 20 points, constaté en 2006, entre les ratios de gestion de l'AMO et des AMC s'explique en partie par l'importance des coûts fixes afférents à la gestion de la sinistralité : plus la part de prestations servies est importante, moins le ratio de gestion est élevé.

2 – Les aides coûteuses à la couverture complémentaire

a) La complémentaire santé des bas revenus

La CMUC compte environ 4,8 millions de bénéficiaires selon les informations du fonds de financement de la CMU : le remboursement des forfaits 216 a représenté en 2006 une dépense de 1 647 M€, financée via le fonds par 650 M€ de contribution prélevée sur le chiffre d'affaires santé des OC (passé de 1,75 % à 2,5 % en 2006), par 346 M€ de dotation Etat et par 621 M€ de taxes affectées.

L'aide à la complémentaire santé (ACS) compte environ 275 000 bénéficiaires pour une cible estimée à deux millions de personnes. La dépense, de 40 M€ en 2006, est financée via le fonds CMU par l'assurance maladie 217.

b) Les incitations à la protection sociale complémentaire

Coût de la couverture complémentaire hors CMUC et ACS En M€

	Perte fiscale	Perte de cotisations sociales
Contrats Madelin	300	Non chiffré
Contrats collectifs		
- Versant entreprises (déduction IS)	1 045	1 320
- Versant salariés (déduction IR)	1 932	
Fiscalité des assureurs :		
Taxe sur le chiffre d'affaires	721	
Fiscalité des assureurs :		
IS et TP	non appliqué, non chiffré	
Total	3 386	1 932

Source : Cour des comptes

Le montant total des aides de 7 005 M€ peut être rapproché du montant des prestations versées

au titre de la complémentaire santé, soit 21 872 M€ (20 436 M€ de prestations des AMC +1436 M€ de CMUC gérée par les organismes de base) : il représente 32 % des prestations qu'elle rembourse.

Quant aux aides hors CMUC et ACS estimées ici à près de 5,5 Md€ (5 318 M€), elles ne font l'objet d'aucun suivi, qu'il s'agisse de leur montant ou de leur efficacité.

B – Des effets mal connus sur les ménages

Pour faire suite au développement précédent relatif à la couverture complémentaire en entreprise, la vision générale selon laquelle la contribution de 5,1 Md€ des employeurs et l'exonération de 1,3 Md€ sur l'IR bénéficient aux ménages et neutralisent en quelque sorte les coûts de gestion importants de la complémentaire santé, recouvre en réalité des situations très différentes : des avantages très supérieurs pour les 56 %²²¹ de la population (assurés et ayants droit) qui sont réputés couverts par la couverture en entreprise, une aggravation de la charge pour les autres.

- d'une part, l'étude de l'INSEE « France, portrait social 2007 »- montre que l'AMO, compte tenu de l'importance des montants financiers en cause, constitue un outil de redistribution des revenus très puissant : quand les dépenses finales de santé individualisables des APU sont imputées aux individus, du fait de leur masse financière, la santé devient un des facteurs majeurs de réduction des inégalités (36,7 %), plus important alors que les prestations familiales ou l'impôt sur le revenu ;

- d'autre part, l'exploitation faite par l'IRDES de l'enquête déclarative ESPTS de 2006 (parue en avril 2008) montre que les primes versées aux assurances complémentaires par les ménages représentent 10 % du revenu des ménages les plus pauvres et moins de 3 % pour les ménages les plus riches, « sachant que les premiers, pour un taux d'effort trois fois plus élevé, bénéficient de contrats offrant des garanties inférieures à ceux des seconds ».

SYNTHESE

Au terme de ces analyses, il apparaît que la répartition du financement des dépenses de maladie constitue une question complexe.

Au-delà des insuffisances statistiques qui limitent le champ et la fiabilité des constats possibles, est mis en évidence le fait qu'une multiplicité de phénomènes peut entraîner des transferts de charge entre financeurs, voulus ou subis : à cet égard, la confrontation des deux approches usuelles fondées respectivement sur la photographie produite par les comptes nationaux de la santé et sur l'estimation théorique de mesures ciblées est symptomatique.

En ce qui concerne les phénomènes les plus récents, intervenus depuis la loi du 13 août 2004, il semble que le transfert important d'environ 3 Md€ organisé vers les ménages dans le but d'infléchir leur consommation de soins et, ce faisant, de diminuer la participation de l'AMO à la dépense de santé, n'ait pas rempli tous ses objectifs : en effet, une partie de ces mesures dégradent la mutualisation apportée par la couverture complémentaire sans engendrer pour autant la rupture attendue sur la croissance de la consommation. Quant aux économies ponctuelles effectivement produites, elles sont absorbées en grande partie par l'augmentation concomitante du niveau de prise en charge de l'AMO, en raison notamment de la croissance des ALD.

En raison de cette compensation partielle mais importante, la situation observée est donc plutôt celle d'une modification de la charge entre assurés, qu'une transformation de la répartition entre financeurs.

Ce travail a également permis de montrer que le transfert de la couverture obligatoire à la couverture complémentaire s'accompagnait de coûts supplémentaires de gestion, lesquels sont en partie compensés, en réalité, par les aides importantes dont bénéficie une partie de la population (subventions, diminutions d'impôts et exonérations de cotisations sociales).

Le transfert de charge vers les AMC, organisé pour se conformer à l'objectif de non augmentation des prélèvements obligatoires, se traduit par une perte de ressources publiques, par des coûts de gestion sans doute accrus, enfin par des inégalités de traitement.

Toutefois, à ce jour, ces inégalités ne peuvent pas être précisément appréhendées, faute d'un instrument statistique idoine qui incorpore au panel de population observé les prestations perçues des complémentaires.

RECOMMANDATION

23. Améliorer le système d'information relatif aux assurances complémentaires, en particulier

:

- les données générales et exhaustives issues des documents comptables et statistiques qu'elles doivent adresser à l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) ;*
- le suivi des aides apportées à la couverture complémentaire (subventions, aides sociales et fiscales) ;*
- l'outil de simulation microéconomique permettant d'évaluer au plus près les effets de la couverture complémentaire sur les ménages, ventilés selon leurs caractéristiques socio-économiques.*