

Automne 2010



# État des lieux

des besoins de financement de l'assurance maladie

En tant que Think Tank de l'Innovation Santé, les Laboratoires Internationaux de Recherche (LIR) ont décidé d'établir – en partenariat avec les économistes du BIPE – l'état des lieux des besoins de financement de l'assurance maladie. Le Baromètre Santé Avenir (BSA) est un outil unique, technique et didactique qui rassemble divers indicateurs. Il a pour objectif de faciliter la compréhension des composantes (dépenses / recettes) du financement de l'assurance maladie dans le but de nourrir une réflexion prospective sur l'avenir de notre système de santé.



Think Tank Innovation Santé

## SOMMAIRE

### 1 - ÉTAT DES LIEUX DES DÉFICITS ANNUELS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- A ■ Le poids croissant de la branche vieillesse dans les déficits du Régime Général de la Sécurité Sociale
- B ■ Quelques repères sur les dépenses « maladie »
- C ■ Quel impact de la conjoncture économique sur le déficit de l'assurance maladie ?

### 2 - DETTE SOCIALE : LE POIDS DES DÉFICITS RESTANT À TRANSFÉRER À LA CADES

### 3 - DANS CE CONTEXTE, UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE L'ASSURANCE MALADIE EST-IL ENVISAGEABLE ?

## INTRODUCTION

Chaque automne, le projet de loi sur le financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) donne lieu à de nombreux débats publics sur le système de santé français et son financement. Mais faute de décisions fortes portant sur un rééquilibrage durable des comptes, les discussions se focalisent régulièrement sur la seule analyse des dépenses de santé et des gisements d'économies qu'il est possible de trouver à court terme sur tel ou tel poste. Ainsi, avec des recettes dédiées au financement des soins de santé qui progressent moins vite que les dépenses, la loi de financement de la Sécurité sociale, dont le périmètre d'application ne porte pas au-delà d'une année, interdit toute projection sur le plus long terme et confine les décisions prises à des plans successifs d'économies à court terme. La France en a déjà connu une bonne trentaine.

Les Laboratoires Internationaux de Recherche (LIR) ont placé au cœur de leur métier l'innovation médicamenteuse pour répondre aux besoins thérapeutiques non satisfaits. Leur développement, qui comporte ses parts de risques et d'incertitudes, connaît des succès mais doit aussi supporter de nombreux d'échecs. Pour permettre d'assurer sur le long terme la viabilité du modèle économique qui les supporte, les innovations à forte valeur ajoutée des entreprises du médicament doivent être prises en charge par notre système de santé solidaire. Pour autant quelle sera demain la capacité réelle de financement de ce dernier ? Les patients auront-ils encore accès aux produits innovants en 2020, tel que cela est encore le cas aujourd'hui. Les déficits de l'assurance maladie s'accumulent depuis plusieurs années et la question du retour à l'équilibre des comptes se pose désormais dans toute son acuité.

Dans son rôle de think tank, le LIR a souhaité demander aux économistes du BIPE de construire un Baromètre « Santé Avenir » regroupant une série d'indicateurs sur le financement et les dépenses de la Sécurité sociale. Ils ont estimé les déficits actuels et ont simulé le chemin à parcourir pour un retour à l'équilibre des comptes de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) à 5 ans ou à 10 ans. Les calculs réalisés ne tiennent pas compte d'une hausse de recettes de la CNAM, cette option n'étant pas à l'ordre du jour du gouvernement.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : pour parvenir à un retour à l'équilibre des comptes en 2015, la croissance des dépenses devra rester inférieure à +1,7% par an. En repoussant le retour à l'équilibre à 2020, il faudra alors maintenir le taux de croissance des dépenses sous la barre des + 2,5% par an. Des seuils qu'il ne paraît guère possible de respecter, ce d'autant que le nombre de malades bénéficiant du régime des Affections de longue durée (ALD) augmente pour sa part de + 3,5% par an. Des malades qui concentrent à eux seuls à ce jour 60% des dépenses de santé (70% en 2020). Enfin, si les décideurs viennent de transférer et donc de faire payer les déficits cumulés de la Sécurité Sociale de ces dernières années par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), on voit bien à quel point, il est tout aussi indispensable de prendre en charge les déficits qui s'accumuleront à partir de 2012.

Avec une croissance annuelle des dépenses de santé en net ralentissement – l'objectif national a été ramenée de 3,5% en 2009 à 2,9% en 2011 – et un nombre de malades en ALD en forte hausse, le budget disponible par patient sera mécaniquement réduit. La situation est critique et un large débat doit s'engager entre tous les acteurs (État, industriels, assurance maladie, complémentaires santé, associations de patients...). Des taxes ponctuelles et répétées sur les complémentaires santé, l'assurance-vie ou les industries du médicament et de la santé ne peuvent constituer des solutions à la crise de financement que vit notre protection sociale. L'enjeu est bien de parvenir à modifier durablement notre système de santé pour le sortir de son sur-endettement permanent tout en conservant son caractère généreux et solidaire. Ce Baromètre « Santé Avenir » constitue un des outils qui permettra cette réflexion.

# 1 - ÉTAT DES LIEUX DES DÉFICITS ANNUELS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

## A ■ LE POIDS CROISSANT DE LA BRANCHE VIEILLESSE DANS LES DÉFICITS DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

RECETTES ET DÉPENSES DU TOTAL BRANCHES (Mds €)			
	Recettes	Dépenses	Déficit
2009	+ 292,4	312,7	- 20,3
2010	+293,2	316,3	- 23,2

Sources : CCSS septembre 2010 et prévisions BIPE

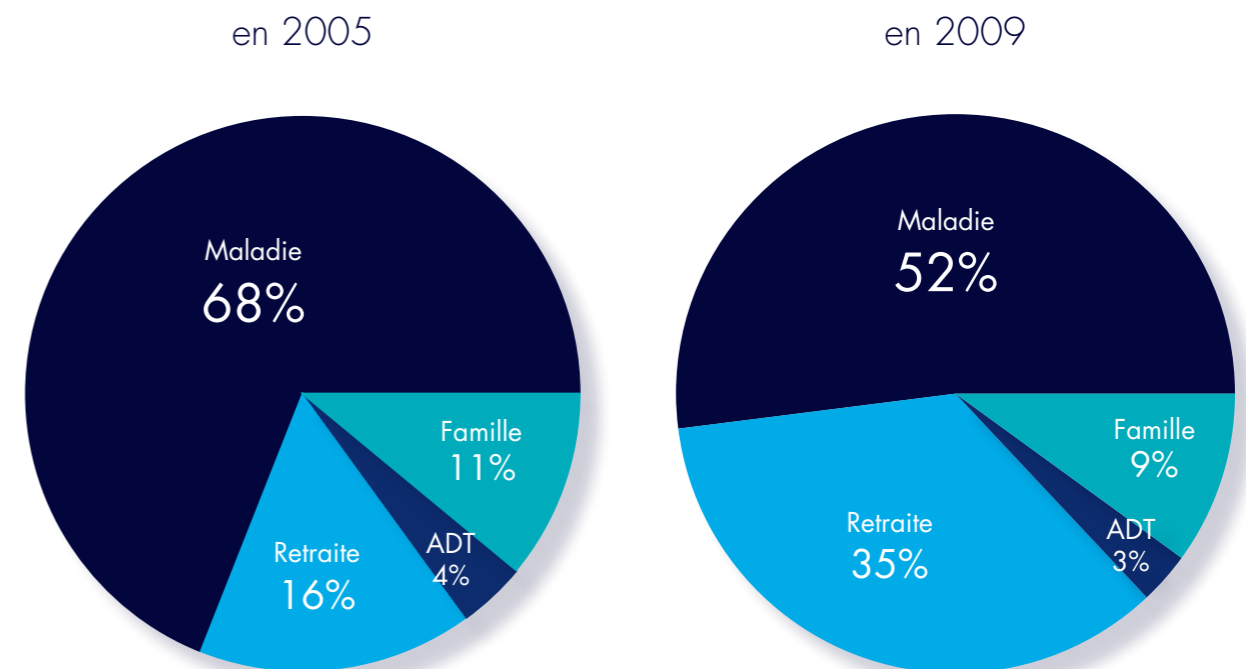
DÉFICITS PRÉVUS DU RÉGIME GÉNÉRAL (Mds €)					
	Maladie	Retraite	Famille	Accidents du travail	Total Branches
2009	- 10,6	- 7,2	- 1,8	- 0,7	- 20,3
2010	- 11,6	- 8,6	- 2,6	- 0,5	- 23,2

Sources : CCSS septembre 2010 et prévisions BIPE

Avec des dépenses qui croissent plus vite que les recettes, le déficit de l'ensemble des branches de la Sécurité sociale (maladie, retraite, famille...) a été revu à la baisse pour 2010 : il est désormais estimé à 23,2 milliards d'euros. En cumul pour les années 2009 et 2010, le déficit du régime général de la Sécurité Sociale s'élève à 43,5 milliards d'euros.

Les déficits des années 2009 et 2010 sont pour l'heure encore gérés comme un découvert de l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS). Pour financer cette dette sur le court terme, le plafond de l'ACOSS a été porté à 65 milliards d'euros en 2010. Le PLFSS pour 2011 prévoit de transférer le montant du déficit des années 2009-2011 à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dont la durée de vie sera prolongée de 4 ans (de 2021 à 2025 (voir partie 2)).

## QUELLE EST LA PART DE CHAQUE BRANCHE DANS LE DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (RÉGIME GÉNÉRAL) ?



Jusqu'en 2004, le déficit de la Sécurité Sociale provenait presque intégralement de la branche maladie.

À partir de 2005, l'impact démographique (« baby boom » des années 50) se fait sentir sur la branche vieillesse qui devient déficitaire : la branche maladie représente cette année-là 68% du déficit.

Les années suivantes, le poids des retraites continue d'augmenter. Le déficit de cette branche passe de 16% du total en 2005 à 35% en 2009. La part de la maladie dans le « trou » de la Sécurité Sociale n'est plus alors que de 52%.

Dans les années à venir, du fait des départs massifs à la retraite, la pression de la branche retraite sur le déficit devrait continuer de croître. Le gouvernement a fait adopter une réforme qui vise un retour à l'équilibre en 2018, avec pour conséquence de faire refluer le déficit de la branche vieillesse d'ici cette date. Il paraît peu probable – à assiette des recettes constante – de pouvoir parvenir à l'équilibre à cette échéance.

Pour l'heure, la branche maladie reste le contributeur le plus important du déficit total de la sécurité sociale. Or, aucun plan d'envergure n'a été annoncé pour redresser durablement les finances. A partir de 2010, des déficits de l'ordre de 10 milliards d'euros vont perdurer. Reste à savoir ce qu'en fera le gouvernement ?

## B ■ QUELQUES REPÈRES SUR LES DÉPENSES «MALADIE»

### DÉPENSES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM\* (ASSURANCE MALADIE DE BASE) EN 2009

	Dépenses (Mds €)	Part dans l'ONDAM (%)
Soins de ville	73,2	46,3%
Hôpitaux publics et privés	69,9	44,2%
Médico-social (personnes âgées ou handicapées)	14	8,9%
Autres prises en charge	1	0,6%
<b>TOTAL</b>	<b>158,1</b>	<b>100%</b>

Source : Commission des Comptes de la Sécurité sociale (CCSS)

Le poids des dépenses en soins de ville remboursées par l'assurance maladie est sensiblement supérieur à celui des dépenses hospitalières (46,3% contre 44,2%).

### RÉPARTITION DES DÉPENSES EN SOINS DE VILLE EN 2009

Pour le Régime Général, en date des soins :	Dépenses (Mds €)	Part dans les soins de ville (%)
Médecins et dentistes	16,3	27,7%
Auxiliaires médicaux et Biologie	9	15,3%
Médicaments	18,2	31%
Dispositifs médicaux	3,6	6,1%
Transports de malades	2,6	4,5%
Indemnités journalières	8,3	14,2%
Autres dépenses	0,3	0,5%
Non ventilé (TM des ALD 31 et 32)	0,4	0,6%
<b>TOTAL DES SOINS DE VILLE POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL**</b>	<b>58,7</b>	<b>100%</b>

Source : calculs BIPE sur données Cnamts

Les deux premiers postes des soins de ville sont celui des médicaments (31%) et celui des médecins/dentistes (27,7%). Le secteur des médicaments et des produits de santé est soumis à une régulation forte et permanente, avec des baisses de prix régulières. Il connaît depuis plusieurs années l'arrivée massive de médicaments génériques et une maîtrise médicalisée.

\* Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie, fixé chaque année par le Parlement (il sera de 2,8% en 2011 pour les soins de ville et pour l'hôpital)

\*\* Pour s'y retrouver : en ajoutant aux soins de ville du régime général (58,7 milliards en 2009 soit environ 85% des régimes de base) les autres régimes de base (agricoles, non salariés, ...), les DOM et diverses dépenses, notamment la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, et en déduisant les remises conventionnelles versées par l'industrie pharmaceutique, on arrive bien aux 73,4 milliards des soins de ville champ ONDAM en 2009 (cf. haut de page).

### PART DU MÉDICAMENT (VILLE + HÔPITAL) DANS L'ONDAM EN 2009

26,5 Mds € (ville avec rétrocession + médicament hospitalier) pour les régimes de base

Soit 16,7% de l'ONDAM brut \*\*

Source : calcul BIPE

Avec des ventes totales estimées à 26,5 milliards d'euros en 2009, le médicament ne peut constituer le levier efficace du comblement du déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale (13 milliards l'an passé). Une telle mesure serait à la fois inefficace au regard de la santé publique et contre-productive pour notre économie.

### DYNAMIQUE DES PRINCIPAUX POSTES DE DÉPENSES SOINS DE VILLE : DONNÉES RÉGIME GÉNÉRAL ; HÔPITAL ET ONDAM : DONNÉES TOUS RÉGIMES DE BASE

En taux de croissance annuel	Année 2009	Moyenne 5 ans (2005-2009)
Généralistes	+ 0,5%	+ 2,2%
Spécialistes	+ 2,2%	+ 2,7%
Dentistes	+ 0,4%	+ 1,4%
Infirmières	+10,1%	+ 8,0%
Kinésithérapeutes	+ 2,2%	+ 4,6%
Biologie	+ 2,3%	+1,6%
Médicaments	+ 3,0%	+ 2,7%
Dispositifs médicaux	+ 1,8%	+ 7,6%
Transports	+ 7,1%	+ 6,4%
Indemnités journalières	+ 5,1%	+ 2,5%
Sous-total soins de ville	+ 3,3%	+ 3,3%
Hôpitaux publics et privés	+ 3,6%	+ 3,6%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM (AVEC SECTEUR MÉDICO-SOCIAL)</b>	<b>+ 3,7%</b>	<b>+ 3,7%</b>

Source : calculs BIPE sur données Cnamts et CCSS

Du fait de la régulation forte du marché du médicament, la hausse des dépenses reste faible.

**Sur les 5 dernières années, l'évolution moyenne des dépenses en médicaments demeure modérée, à +2,7%, du fait d'une régulation soutenue du marché pharmaceutique. Cette croissance est inférieure à celle de l'ONDAM – Objectif National des Dépenses de l'assurance maladie – qui atteint +3,7% en moyenne la même période.**

\*\* En réalité, l'ONDAM officiel est calculé net des remises conventionnelles. Par conséquent, il faudrait calculer la part du médicament nette des remises et même, pour être plus complet, nette de l'ensemble de la taxation spécifique de l'industrie et des grossistes, versée à l'ACOSS, soit autour de 1 milliard attendu au titre de 2009. Ainsi, la part du médicament (ville + hôpital) dans l'ONDAM ressort à 16,2% net.

### PART DES DÉPENSES PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DE BASE, L'ÉTAT OU LA CMU EN 2008

Champ : dépense totale de soins, y compris dépassements, forfaits, franchises et prestations non remboursables, mais hors médico-social et hors indemnités journalières

Hôpitaux publics et privés	92,1%
Soins de ville	65,3%
Soins de ville hors optique	68,5%
dont médicaments ville	67,9%
<b>TOTAL SOINS ET BIENS MÉDICAUX</b>	<b>77,1%</b>

Source : Cnamts

Malgré les modifications opérées ces dernières années dans la prise en charge des dépenses remboursées aux assurés sociaux (déremboursements de médicaments, forfaits hospitaliers, franchises diverses, ...), le système de santé français reste généreux : il couvre à ce jour quelque 77,1% des soins de santé.

### POIDS DES AFFECTIONS DE LONGUES DURÉE EN 2008

	Part de la population	Part dans les remboursements
ALD	14,5%	62%
Non - ALD	85,5%	38%
	Evolution annuelle de la population concernée (personnes)	Taux de contribution à la hausse des dépenses
ALD	+3,5%	80%
Non - ALD	+0,2%	20%

Source : calculs BIPE sur les comptes de la Santé et les données du Fonds CMU

- 30 affections de longue durée répertoriées
- 8,6 millions d'assurés du régime général étaient en ALD (pris en charge à 100% du tarif conventionnel pour leur maladie) en 2009. Et 10 millions au total en tenant compte des autres régimes de base.

Le nombre de personnes en ALD (Affections longue durée), qui génèrent à elles seules 62% des dépenses remboursées de l'assurance maladie, augmente chaque année de + 3,5%. Ces ALD contribuent à hauteur de 80% à la hausse des dépenses et se placent ainsi au cœur du débat. Pour revenir à l'équilibre dans dix ans, il faudrait fixer l'Ondam à + 2,5% par an (contre 2,9% en 2011). Une telle baisse aura pour effet de faire chuter le budget de dépenses moyennes par patient. Il reste à savoir si cette diminution pourra être compensée par le bon usage des soins, davantage de prévention ou par le déploiement de l'éducation thérapeutique ?

**Comme le montrent ces différents repères chiffrés, notre système de soins est d'un accès facile et généreux dans sa couverture. Considéré comme un amortisseur de crise sociale, il se maintient aussi grâce à l'acceptation d'un déficit qui se creuse un peu plus chaque année. La France peut donc difficilement faire l'économie d'une véritable réforme structurelle. Une réforme que se propose d'engager la Loi Hôpitaux, patients, santé, territoires (HPST).**

**Par ailleurs, nos habitudes de vie (alimentation, tabac, sédentarité, modes de production, pollution) ajoutées au vieillissement de la population expliquent en grande partie la forte progression des ALD et des pathologies lourdes qui contribuent pour l'essentiel à la hausse des dépenses de santé. Il existe d'importantes marges de manœuvres dans la prise en charge des malades – au-delà du seul poste « médicaments » – pour réduire ces dépenses et progresser en efficacité, notamment en termes de bon usage du médicament.**

## C ■ QUEL IMPACT DE LA CONJONCTURE ÉCONOMIQUE SUR LE DÉFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE ?

### ESTIMATION DE L'IMPACT DE LA CONJONCTURE ÉCONOMIQUE SUR LE DÉFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE (Mds €)

Année	2009	2010
Solde effectif de l'assurance maladie	- 10,6	-11,5
dont solde dû à la conjoncture <sup>(1)</sup>	- 5,4	-1,6

(1) source : BIPE

*Solde conjoncturel = hausse constatée des recettes – hausse tendancielle estimée des recettes*

L'assurance maladie a connu une dégradation de ses comptes dans les périodes de ralentissement économique. Ce que traduit le « solde conjoncturel » qui mesure l'impact de la conjoncture économique.

Ce solde conjoncturel est donc positif dans les périodes de forte croissance, et négatif dans celles plus ralenties. Ainsi, il a été positif en 2006 et 2007, antérieurement à la crise économique mondiale qui a démarré en 2008.

Il a été de -5,4 milliards d'euros en 2009. En 2010, il devrait se situer à - 1,6 milliards. L'écart entre 2009 et 2010 reflète une amélioration de la conjoncture économique.

#### ÉCLAIRAGES MÉTHODOLOGIQUES :

La méthodologie de calcul utilisée ici est similaire à celle des programmes de qualité et d'efficience de la Direction de la Sécurité Sociale (PQE - Annexe 1 au PLFSS), mais restreinte au champ de l'assurance maladie.

1/ On identifie les recettes sensibles à la conjoncture (principalement les cotisations sociales et la CSG). À l'inverse et par hypothèse, les dépenses ne sont pas impactées par l'état de la conjoncture.

2/ À la différence des PQE, l'impact de la conjoncture économique sur les recettes n'est pas mesurée par rapport au PIB, mais par rapport à l'évolution de la masse salariale privée.

En effet, quand cette masse salariale est supérieure à son potentiel, les recettes de l'assurance maladie sont plus élevées. C'est exactement l'inverse lors de périodes économiques moins fastes.

Ainsi, notre indicateur permet de mesurer l'impact de la conjoncture économique sur une année précise. Notre potentiel de masse salariale est de +3,5% (moyenne sur la période 1991-2008). Choisir un potentiel raisonnablement plus haut ou plus bas influe relativement peu sur le résultat de cet indicateur (quelques centaines de millions d'euros). Pour le calcul du solde conjoncturel 2010, ce sont les prévisions de dépenses de la CCSS de septembre 2010 et les prévisions de recettes du BIPE qui ont été utilisées.

### VENTILATION DES RECETTES 2009 DU RÉGIME GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE MALADIE

Cotisations	48%
CSG	36%
Impôts et taxes affectées	11%
Autres	5%

Source : CCSS juin 2010

#### Un déficit de l'assurance maladie essentiellement structurel !

La conjoncture économique n'exerce pas d'effets notables sur les déficits, car les principaux déterminants de ces derniers sont indépendants de la conjoncture. Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance maladie (HCAAM), qui indique déjà en janvier 2004 que l'essentiel du déficit de l'assurance maladie est d'origine structurelle, est arrivé aux mêmes conclusions.

Il faut remarquer à l'appui de la démonstration :

- Entre 1991 et 2008, un écart tendanciel entre les recettes de l'assurance-maladie et les dépenses de santé : les premières progressent de + 3.5% par an sur la période, tandis que les secondes dépasseraient 5% par an sans régulation permanente ni mesures ponctuelles);
- les évolutions du périmètre des recettes, qui ont été utilisées pour apporter des recettes nouvelles ces dernières années (le taux de CSG, taxes tabac et alcool...);
- les mesures d'économies qui visent à réduire les dépenses.

#### Impact de la crise sur les déficits en 2009 et 2010

En 2009, la crise économique a aggravé d'environ 5,4 milliards d'euros le déficit de l'assurance maladie. Son impact est donc exceptionnel. Car ce déficit aurait été de l'ordre de 5,2 milliards d'euros si la conjoncture économique avait été moyenne, c'est-à-dire avait connu une croissance de la masse salariale égale à son potentiel - cf éclairage méthodologique page précédente).

Malheureusement, le surcroît de déficit créé par la récession se transmet sur les années suivantes et ne disparaît pas, même si la croissance revient à son niveau antérieur. Ainsi, le déficit total de 2009 devient en 2010 partie intégrante du déficit structurel.

En 2010, la conjoncture économique reste défavorable et entraîne à elle seule une aggravation du déficit de 1,6 milliard d'euros.

**La crise a bien aggravé les déficits de 2009 et de 2010 en réduisant les recettes. Reste qu'une sortie de crise lente ne fera pas remonter ces dernières au niveau des dépenses, qui poursuivent une forte progression. Le déficit ne pourra donc se résorber que par une croissance des recettes durablement supérieure à celle des dépenses, une croissance qu'il faudra impulser par des mesures nouvelles (hausse des cotisations sociales, augmentation de la CSG...); tout en poursuivant une maîtrise stricte de l'efficience de l'ensemble du système de soin.**

## 2 - DETTE SOCIALE : LE POIDS DES DÉFICITS RESTANT À TRANSFÉRER À LA CADES

Créée en 1996, la CADES est chargée de rembourser les déficits passés de la Sécurité Sociale, toutes branches confondues (maladie, retraites,...) en amortissant sur une longue durée les dettes qui lui sont transmises.

Ses ressources sont constituées de 100% de la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), spécialement créée à cette fin et d'une fraction de la Contribution sociale généralisée (CSG).

CHIFFRES-CLÉS DE LA CADES (Mds €)	
Montant restant à rembourser à fin 2010	86,7
Remboursement en 2010	8,1
dont frais financiers (intérêt de la dette)	3,0
dont amortissement de la dette	5,1
Déficits 2009 et 2010 non intégrés	51,0

Sources : CCSS sept 2010 et prévisions BIPE

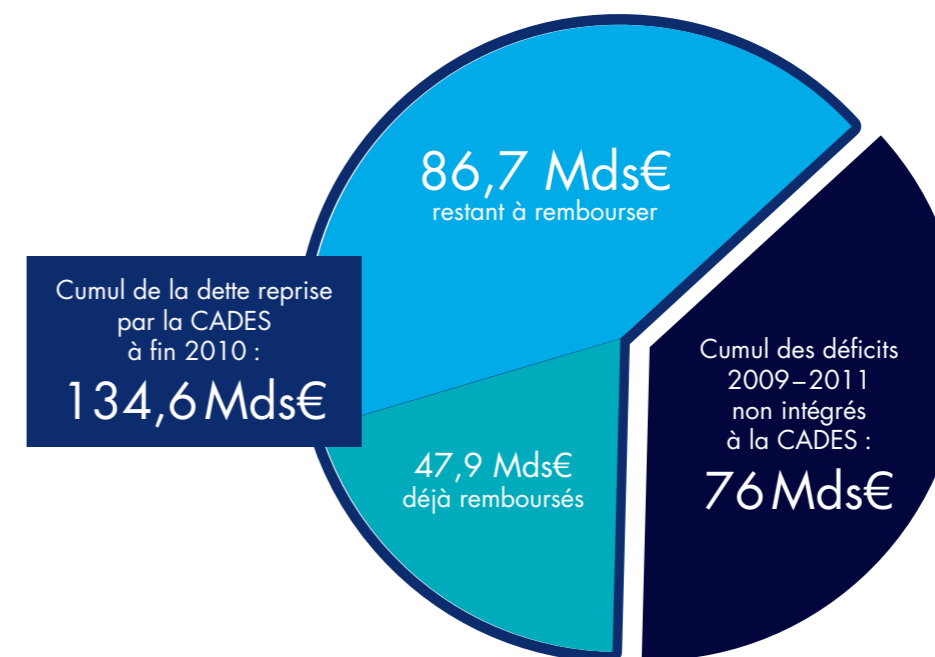
Sur les 86,7 milliards à rembourser, plus de 5 milliards d'euros ont été amortis en 2009.

DÉTAILS DE L'AMORTISSEMENT ANNUEL DE LA DETTE 2008-2010 (Mds €)			
Année	2008	2009	2010 (P)
Dettes au 1er janvier	- 73	- 80,1	- 91,8
Dettes supplémentaires transférées	- 10	- 17	0
* Ressources	6,3	8,1	8,1
dont CRDS	6	5,9	5,9
dont CSG (à partir de 2009)	0	2,2	2,2
dont intérêts	0,3	-	-
* Intérêts de la dette + charges	- 3,4	- 2,8	- 3,0
Dettes amorties au 31 décembre	2,9	5,3	5,1
Dettes restant à amortir au 31 décembre	- 80,1	- 91,8	- 86,7

Sources : CCSS sept 2010 et communiqué de la CADES du 26 avril 2010, calcul BIPE

Dans son format actuel, c'est-à-dire intégrant les déficits jusqu'en 2008 mais pas les années suivantes, l'extinction de la CADES est prévue en 2021. La loi interdisant de repousser cette date butoir, il est prévu dans le Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2011 de repousser cette dernière à 2025, compte tenu du niveau élevé des déficits 2009-2011 (cf page ci-contre).

76 Mds€ DE DÉFICITS 2009-2011 NON INTÉGRÉS



De 1996 à la fin 2010, la CADES aura amorti 48 milliards d'euros de déficits passés de la Sécurité sociale, ce qui ne représente que 36% des 134,6 milliards d'euros qui lui ont été transférés.

Le gouvernement a annoncé vouloir transférer à la CADES les déficits sociaux de 2009-2011 (environ 76 milliards d'euros) ainsi que les déficits retraites jusqu'à 2018. A cet effet, le PLFSS pour 2011 prévoit à la fois une hausse des ressources de la CADES et un allongement de sa durée de 4 ans (échéance 2025).

En 2010, les ressources de la CADES s'élèvent à 8,1 milliards d'euros. Celles-ci proviennent pour les 2/3 de prélèvements sur les salaires et de prélèvements sur les revenus du capital et de remplacement (retraite, assurance chômage, arrêt maladie,...). Elles permettent de rembourser 5,1 milliards d'euros de dettes et 3,0 milliards d'euros d'intérêts.

**Le recours à la CADES est long (36% seulement des déficits transférés auront été amortis fin 2010) et coûteux (environ 3 milliards d'euros de frais financiers payés par an).**

**L'ampleur des déficits enregistrés à partir de 2009 et prévus pour 2011 rend le recours à la CADES encore plus périlleux. Sans la programmation réaliste d'un retour à l'équilibre de l'assurance maladie, la décision de prolonger la durée de vie de la CADES de quelques années et/ou en d'augmenter ses ressources (CRDS), apparaît comme une fuite en avant. Elle transfère le problème aux générations futures sans apporter à court terme de solutions pertinentes.**

### 3 - DANS CE CONTEXTE, UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE L'ASSURANCE MALADIE EST-IL ENVISAGEABLE ?

#### SIMULATION D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE POUR UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE SANS RECETTES PERMANENTES SUPPLÉMENTAIRES

Scénarios	Évolution des RECETTES estimées	Évolution des DÉPENSES nécessaires pour un retour à l'équilibre à échéance :	
		2015 Durée : 5 ans (2011-2015)	2020 Durée : 10 ans (2011-2020)
« Lente sortie de crise »	+3,5% / an	+1,7% / an	+2,5% / an
« Instabilité chronique »	+3,0% / an	+1,2% / an	+2,0% / an

Source : BIPE

La connaissance des déficits actuels et des scénarios macroéconomiques du BIPE permet d'estimer l'évolution annuelle des remboursements des dépenses de santé nécessaire pour un retour à l'équilibre de l'assurance maladie en 2015 ou 2020. La croissance tendancielle des dépenses est ainsi actuellement de l'ordre de 4,3% par an (l'estimation du BIPE est de + 4,2%, celle du Ministère du Budget de + 4,4%).

L'objectif d'un retour à l'équilibre de l'assurance maladie en 2020 permet d'étaler l'effort sur une longue période. Mais il requiert une croissance des dépenses inférieure de près d'1 point à celle des recettes. En fonction du scénario choisi (cf. tableau), l'évolution maximum des dépenses « maladie » devrait se situer à un niveau égal ou inférieur à + 2% ou + 2,5% par an pendant 10 ans à partir de 2011. Rappelons que le PLFSS prévoit une réduction de l'ONDAM de 3,5% en 2009 à 2,9% en 2011. Il faudra donc un effort supplémentaire sur la durée pour revenir à l'équilibre.

Atteindre l'équilibre en 2015 est mécaniquement plus difficile car l'effort est alors concentré sur une courte période. Dans ce cas de figure, à partir de 2011, la croissance annuelle des dépenses doit être inférieure de presque 2 points à celle des recettes et doit être comprise entre + 1,2% et + 1,7% pour assurer un retour à l'équilibre en 5 ans. Une croissance difficile à conjuguer avec l'évolution des ALD et le vieillissement de la population.

#### CUMUL DES REMBOURSEMENTS SUPPLÉMENTAIRES VIA LA CADES 2011-2021 (Mds€)

Retour à l'équilibre en 2015	56 Mds€
Retour à l'équilibre en 2020	94 Mds€

Source : BIPE

Même en agissant sur le seul levier des dépenses pour résorber le déficit, il sera nécessaire de trouver de nouvelles ressources pour rembourser les déficits qui se succéderont jusqu'en 2015 ou 2020.

Attendre 2015 pour revenir à l'équilibre de la branche maladie demanderait à la CADES de payer environ 56 milliards d'euros supplémentaires. Attendre 2020 pour revenir à l'équilibre impliquerait de générer environ 94 milliards d'euros de recettes supplémentaires pour rembourser les déficits transférés à la CADES.

#### ÉCLAIRAGE MÉTHODOLOGIQUE :

1. Pour ce travail, le BIPE a réalisé deux scénarios en fonction de l'évolution de la masse salariale.

- Le scénario qualifié de « lente sortie de crise » se base sur une croissance tendancielle du PIB de +3.5% par an en valeur soit +1.6% en volume et +1.9% d'indice de prix sur la période 2011-2020. C'est le scénario de retour à la croissance moyenne observée avant la crise (1991-2008).
- L'autre scénario, « Instabilité chronique » est plus pessimiste. Il se base sur un postulat crédible selon lequel le poids de la crise (perte de confiance des acteurs, contraintes des déficits publics) et d'autres facteurs (vieillesse) ralentiraient la croissance potentielle des recettes à +3% (croissance tendancielle du PIB de +3.0% par an en valeur soit +1.3% en volume et +1.7% d'indice de prix).

2. Estimation tendancielle de la croissance des dépenses (tableau 1) :

Cette estimation est réalisée à partir de l'évolution constatée des dépenses auxquelles ont été rajoutées l'ensemble des mesures qui ont eu un effet ponctuel sur la croissance (déremboursement, franchise médicale, baisse de taux, ...). En revanche, la régulation permanente (baisse de prix ou de tarifs, substitution génériques, maîtrise médicalisée, T2A hospitalière, ...) reste incluse. Ainsi le tendanciel est supérieur à l'évolution des dépenses constatée ces dernières années, car elles sont la conjonction d'un tendanciel de croissance et de mesures ayant un impact ponctuel sur le taux d'évolution.

3. Estimation des remboursements nécessaires pour les déficits 2009-2020 (tableau 2) :

Nous estimons que les déficits jusqu'au retour à l'équilibre (2015 ou 2020) seraient transférés à la CADES (dans l'attente du vote final du PLFSS 2011, nous considérons l'actuelle date d'extinction de la CADES, soit 2021). L'estimation présentée ici correspond donc à la somme des déficits et des frais financiers cumulés. Ces remboursements se font sur la période 2011-2021. L'hypothèse retenue pour le calcul des frais financiers est un taux d'intérêt moyen de 3,7%.

**Revenir à l'équilibre des comptes par la seule maîtrise des dépenses exigerait de limiter celles-ci bien en deçà de leur évolution tendancielle (4,3%, contre 2,9% dans le PLFSS 2011), et ce pendant de nombreuses années (5 à 10 ans selon l'effort à réaliser).**

**Un retour à l'équilibre en 2020 exigerait de dégager chaque année environ 3 milliards d'euros d'économies nouvelles supplémentaires. Pour équilibrer les comptes à l'horizon 2015, ces économies supplémentaires devraient atteindre 5 milliards d'euros par an. Elle ramèneraient ainsi l'ONDAM à + 1,7% au mieux.**

**De plus, le délai de résorption des déficits qui précéderont le retour à l'équilibre implique un coût : entre 56 et 94 milliards d'euros**

**Mais est-il vraiment possible et réaliste de tenir un budget de dépenses maladie constant sur 5 ou 10 ans, alors même que la population vieillit et que le nombre de patients en ALD augmente de 3,5% chaque année ?**

**Doit-on maintenir sous perfusion le système tel qu'il existe ou bien investir résolument pour le modifier ? Le débat doit porter sur cette alternative, et non plus seulement sur des mesures prises sur le court terme incapables de résoudre le problème structurel de financement. Les chiffres rassemblés dans ce baromètre pourront aider chacun à avoir une vision plus large des contraintes associées au financement du système de santé et à élaborer des solutions durables.**

Pour tout complément d'information :

■ **LIR**

112, avenue Kléber  
75 784 Paris cedex 16

Directeur : Agnès SOUBRIER  
Email : [agnes.soubrier@lir.asso.fr](mailto:agnes.soubrier@lir.asso.fr)

Tél. : + 33 (0) 1 47 55 74 08  
Fax : + 33 (0) 1 47 55 74 09

[www.lir.asso.fr](http://www.lir.asso.fr)

■ **BIPE**

11/13, rue René Jacques  
92138 Issy-les-Moulineaux cedex

Contact : Laurent GADOT  
Email : [laurent.gadot@bipe.fr](mailto:laurent.gadot@bipe.fr)

Tél. : + 33 (0) 1 70 37 22 88  
Fax : + 33 (0) 1 70 37 23 10

[www.bipe.com](http://www.bipe.com)