



COMMUNIQUE DE PRESSE

Le 4 octobre 2018

FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

La Cour des comptes publie son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Le déficit de la sécurité sociale et la dette sociale ont continué à se réduire en 2017. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été respecté pour la huitième année consécutive. Toutes les branches ont vu leur solde s'améliorer, à l'exception notable de l'assurance maladie, qui concentre la quasi-totalité du déficit.

L'amélioration constatée en 2017 étant entièrement conjoncturelle, le retour à l'équilibre de la sécurité sociale prévu pour 2019 doit être consolidé par des mesures structurelles, notamment sur les dépenses d'assurance maladie.

Assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale

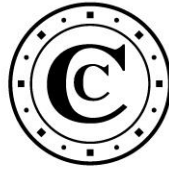
Le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse est passé de 7 Md€ en 2016 à 4,8 Md€ en 2017, grâce à la forte hausse de la masse salariale liée à l'amélioration de la situation économique. La dette sociale a diminué, passant de 135,8 Md€ à 120,8 Md€. Mais le déficit structurel, indépendant des effets de la conjoncture sur le niveau des recettes, reste important.

Cette année encore, le respect de l'Ondam a été obtenu malgré un important dépassement de l'enveloppe prévisionnelle des soins de ville. Ce dépassement a été compensé par le ralentissement imprévu de l'activité hospitalière, qui a entraîné un quasi-doublement du déficit des hôpitaux publics. Une construction plus rigoureuse des prévisions de dépenses et d'économies au sein de l'Ondam est indispensable. En outre, l'ensemble des secteurs de l'offre de soins devrait contribuer aux efforts requis en cours d'année pour respecter l'objectif global, y compris les soins de ville.

Selon le projet de loi de financement pour 2019, la sécurité sociale présenterait un déficit contenu à 1 Md€ en 2018. En 2019, elle serait à l'équilibre (+0,7 Md€), pour la première fois depuis 2001. Un pilotage ferme de la trajectoire financière de la sécurité sociale sera nécessaire afin d'assurer la réalisation simultanée, par-delà les aléas de la conjoncture économique, des trois objectifs financiers affirmés par le projet de loi de financement pour 2019 : un équilibre pérenne de la sécurité sociale, un rééquilibrage de ses relations financières avec l'Etat dans un sens favorable à ce dernier et l'extinction d'ici à 2024 de la dette sociale maintenue à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (23,4 Md€ prévus fin 2018).

Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe

Les systèmes européens de soins et de prise en charge des dépenses de santé ont réagi de manière différenciée à la crise économique de 2008-2009. La France a moins réformé son système de santé que la plupart des pays voisins et a globalement préservé la couverture sociale, mais au prix de déficits élevés et persistants. La médecine de ville y est moins régulée.



La réorganisation de l'hôpital n'est que partiellement engagée. La prescription des médicaments génériques est insuffisamment développée. L'utilisation des données numériques de santé en est à ses débuts.

Des réformes améliorant l'efficacité de notre système de santé sont indispensables pour préserver un haut niveau de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie. Il convient ainsi de renforcer la prévention des pathologies évitables, de réorganiser les soins en fonction de critères de qualité et de sécurité, de structurer plus efficacement le premier recours aux soins et de mettre fin aux surcoûts injustifiés.

Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital

Lorsqu'elle est justifiée sur le plan médical, la prise en charge des patients en ambulatoire peut améliorer leur récupération et leur bien-être, tout en réduisant les ressources consacrées aux soins. Le virage ambulatoire vers la ville d'une partie des prises en charge à l'hôpital se heurte au défaut d'organisation de la médecine de ville et à la place encore réduite des professions paramédicales dans les soins primaires. Le mode ambulatoire à l'hôpital s'est développé pour la chirurgie, mais conserve des marges de progression. En revanche, il stagne pour la médecine. Il convient d'en favoriser le développement par des incitations tarifaires, tout en veillant à ne pas créer d'effets d'aubaine durables.

La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins

Les maladies cardio-neurovasculaires sont la deuxième cause de mortalité en France. Elles concernent 4,5 millions de patients atteints de manière chronique et leur prise en charge coûte 16,7 Md€ par an. Il s'agit pourtant de pathologies causées, à titre principal, par le tabac, l'alcool, le surpoids dû à une mauvaise alimentation et la sédentarité, autant de causes qui pourraient être prévenues. À l'instar des premiers résultats obtenus par la hausse du prix du tabac en mars 2018, une action vigoureuse utilisant le levier fiscal est nécessaire pour réduire les consommations d'alcool et de boissons sucrées.

Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en établissement, les autorisations d'activité doivent être unifiées et les seuils d'activité être généralisés à un niveau pertinent et effectivement appliqués.

La Cour identifie par ailleurs des surcoûts injustifiés : les grilles tarifaires applicables aux établissements de santé pour les prises en charge liées aux maladies cardio-neurovasculaires comportent des incohérences manifestes et des effets d'aubaine au regard des coûts.

Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser

Les soins visuels représentent une dépense de 9,6 Md€ par an, optique comprise. Contrairement à ce que l'on observe dans d'autres pays, les ophtalmologues constituent en France le premier recours, et les autres professions de la filière des soins visuels – orthoptistes et opticiens – y ont un rôle limité. Du fait de l'inégale répartition sur le territoire des ophtalmologues et de leurs pratiques de dépassements d'honoraires, les besoins de la population sont inégalement couverts.

Déjà ressenties dans de nombreux territoires, les difficultés d'accès aux soins vont s'accroître, à organisation inchangée, du fait de la chute du nombre d'ophtalmologues d'ici 2030. Les orthoptistes et les opticiens devraient être admis, sous condition de formation, à effectuer en toute autonomie des consultations de premier recours, pour les uns, et à prescrire en première intention des équipements de correction de la vue, pour les autres.



La tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer

Alors que les règles de calcul des taux de cotisation d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont complexes et lourdes en gestion, elles n'incitent pas suffisamment les employeurs à prévenir les risques professionnels et les dépenses qui en résultent.

Pour que les taux de cotisation incitent à la prévention, il convient de les déterminer au niveau de l'entreprise et non plus de l'établissement, de relever nettement les taux des entreprises dont la sinistralité est anormalement élevée dans leur propre domaine d'activité (malus), de responsabiliser plus fortement les entreprises qui recourent à l'intérim et à la sous-traitance sur site et de mutualiser au niveau de chaque domaine d'activité, et non plus dans le cadre interprofessionnel national, le coût des maladies professionnelles différées.

La déclaration sociale nominative (DSN) : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire

La DSN mensuelle simplifie radicalement les obligations déclaratives des entreprises et ouvre la possibilité de nouveaux services pour les entreprises et les salariés. Après une généralisation sans accroc majeur à l'ensemble des entreprises entre 2015 et 2017, elle doit désormais s'étendre aux trois fonctions publiques.

Par ailleurs, les organismes de protection sociale doivent désormais utiliser à grande échelle les données individuelles des salariés pour fiabiliser les déclarations de prélèvements sociaux des entreprises et l'attribution à bon droit des prestations et des aides sociales attribuées sous condition de ressources ou en fonction des salaires.

Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif

Les caisses de sécurité sociale font l'objet en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique d'une organisation spécifique, différente de celle de la métropole, avec des caisses générales de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales. Leur fonctionnement présente de graves insuffisances. Malgré des moyens administratifs importants, on observe des délais excessifs ou de fréquentes erreurs dans les prestations sociales versées. Le recouvrement des prélèvements sociaux est largement défaillant. La Cour préconise des mesures de redressement.

Recommandations

La Cour formule 43 recommandations visant à :

- assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale ;
- prévenir les pathologies, assurer l'accès aux soins et maîtriser les dépenses de santé ;
- réduire les risques professionnels ;
- favoriser une mise en œuvre plus efficace de leurs missions par les organismes de sécurité sociale.

[Lire le rapport](#)

CONTACTS PRESSE :

Ted Marx □ Directeur de la communication □ T 01 42 98 55 62 □ ted.marx@ccomptes.fr

Denis Gettliffe □ Responsable des relations presse □ T 01 42 98 55 77 □ denis.gettliffe@ccomptes.fr



@Courdescomptes



ccomptes



Cour des comptes