



Des perspectives financières inquiétantes

**Une consommation de soins
en forte croissance** [51](#)

**Une consommation
préoccupante de médicaments** [55](#)

Un financement de la santé fragilisé [59](#)

L'éternel retour des déficits [61](#)

Points clés

- 2 580 € de dépenses courantes de santé en 2002 par habitant
- 2 220 € de soins et biens médicaux en 2002 par habitant
- 27 % des dépenses de soins et biens médicaux consacrés aux honoraires et 44 % au secteur hospitalier

Une consommation de soins en forte croissance

La consommation médicale actuelle marquée par une forte croissance des dépenses de médicaments

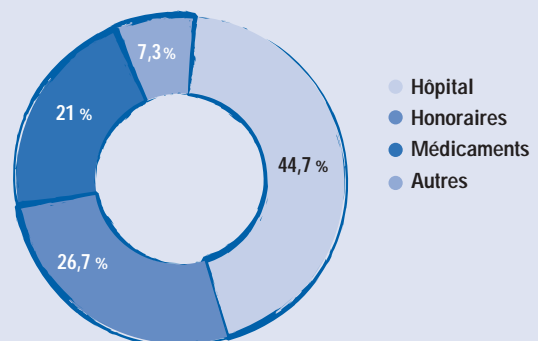
En 2002, les dépenses courantes de santé⁽¹⁾ se chiffrent à 158 milliards d'€, soit **2 580 € en moyenne par habitant, dont 2 220 € en soins et biens médicaux.**

La Consommation de soins et de biens médicaux⁽²⁾ (CSBM) était en forte croissance, soit en augmentation de 6,4 % en valeur et de 3,9 % en volume, par rapport à 2001.

L'ensemble des segments de l'offre de soins connaît une forte croissance, même si celle des soins dispensés est plus forte en ville qu'en établissement :

- le médicament est, depuis 1997, le poste qui contribue le plus à la croissance de la consommation en volume avec +6,2 % (5,1 % en valeur) ;

Répartition de la consommation en valeur de soins et de biens médicaux en 2002



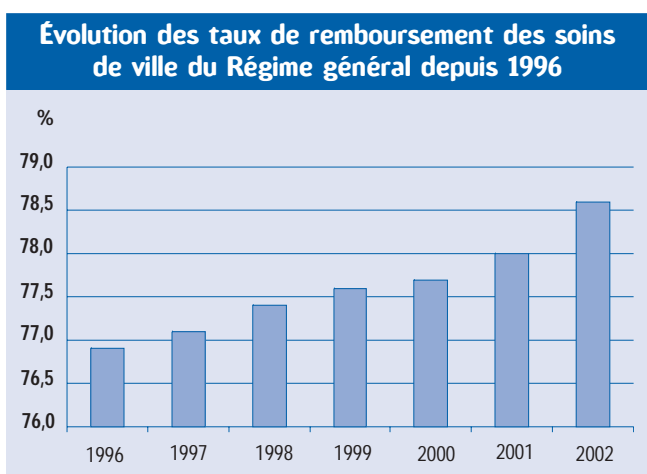
(1) Elles mesurent l'effort financier consacré au cours d'une année par l'ensemble des agents. C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction « santé ».
(2) Soins hospitaliers et en sections médicalisées, soins ambulatoires (honoraires des médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, cures thermales), transports sanitaires, biens médicaux (médicaments, optique, prothèses, petits matériels et pansements).

- les honoraires médicaux et de laboratoire enregistrent une croissance de 4,2 % en volume et de 7,4 % en valeur ;
- le secteur hospitalier connaît une croissance de ses dépenses de 4,3 %.

Des dépenses en forte croissance depuis 1998

Les prestations de l'Assurance maladie augmentent de manière très dynamique depuis 1998 : le rythme annuel est supérieur à 5 % en moyenne. Une accélération apparaît même au cours de ces dernières années en raison du financement de la réduction du temps de travail à l'hôpital ainsi que des revalorisations des honoraires et des carrières salariales : en 2002, les dépenses ont augmenté de 7,2 %. Toutefois, l'année 2003 marque un ralentissement certain. La croissance devrait revenir ainsi progressivement à son rythme de moyen terme.

Cette croissance des dépenses s'explique d'abord par la croissance de la consommation de soins. Toutefois, une amélioration de la prise en charge par l'Assurance maladie s'y ajoute. Le taux moyen de remboursement des dépenses de soins de ville est ainsi passé de 76,9 % en 1996 à 78,6 % en 2002.



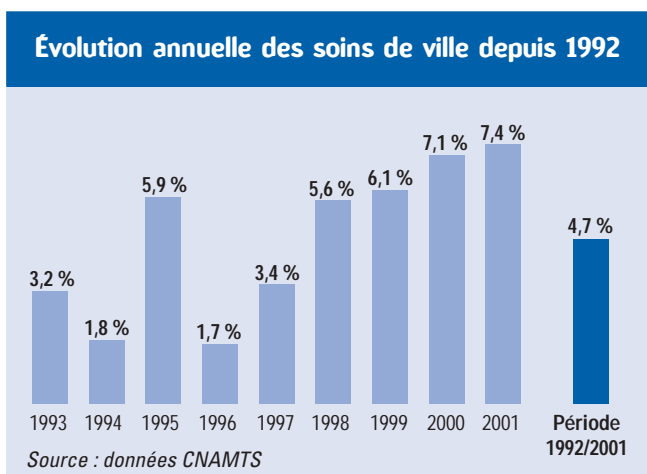
À l'hôpital, le taux de remboursement est resté quasiment stable à 97,7 %. Toutefois, on observe en fait une très légère hausse des dépenses due à l'action de deux facteurs :

- la croissance du nombre d'assurés exonérés de ticket modérateur, notamment les malades en « affections longue durée » ;
- une déformation générale de la consommation au profit des soins les mieux remboursés, liée notamment à l'augmentation des prix des médicaments et des prises en charge qui accompagne le progrès technologique.

Les soins de ville, et notamment les médicaments, contribuent de manière décisive à la croissance des dépenses de santé en volume.

La consommation des soins de ville a commencé à évoluer en 1997 à un rythme rapide.

En particulier, l'évolution de la part des médicaments, qui avait un peu diminué jusqu'en 1996, a connu un très net infléchissement à la hausse en 1997. Les médicaments occupent en 2002 la première place dans la croissance des dépenses de santé, avec une contribution relative de 40 % à la croissance globale (un pic à 62 % avait été atteint en 1997).



En 40 ans, les volumes de médicaments consommés ont été multipliés par près de 30, ce qui correspond à un écart de croissance avec la consommation de soins et de biens médicaux de +2,7 points par an. Cette croissance des volumes s'explique par la montée en puissance de produits nouveaux, souvent coûteux et bien pris en charge par l'Assurance maladie.

La croissance actuelle des dépenses de santé est la poursuite d'une tendance historique

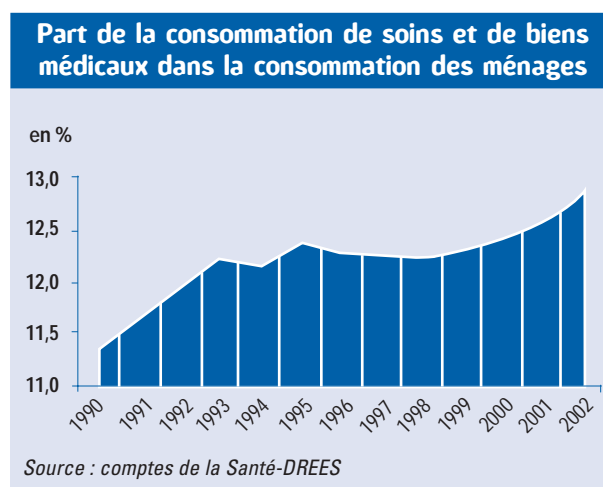
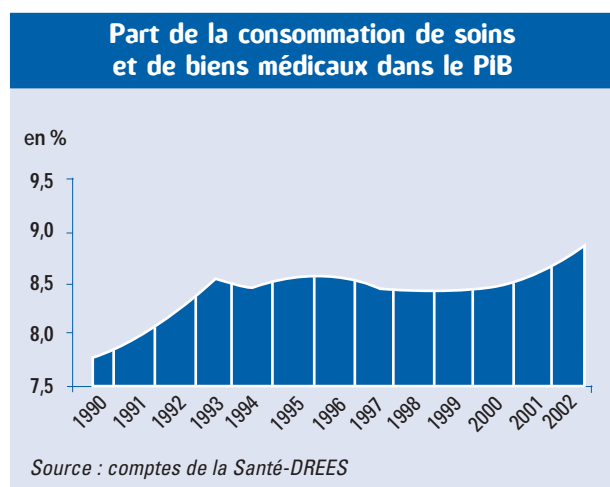
En 40 ans, la part de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a été multipliée par 2,5, passant de 3,5 à 8,8 % du PIB.

Durant cette même période, les dépenses de santé ont progressé en valeur à un rythme annuel moyen supérieur à 2,5 points à celui du PIB (soit 11,2 % contre 8,7 %).

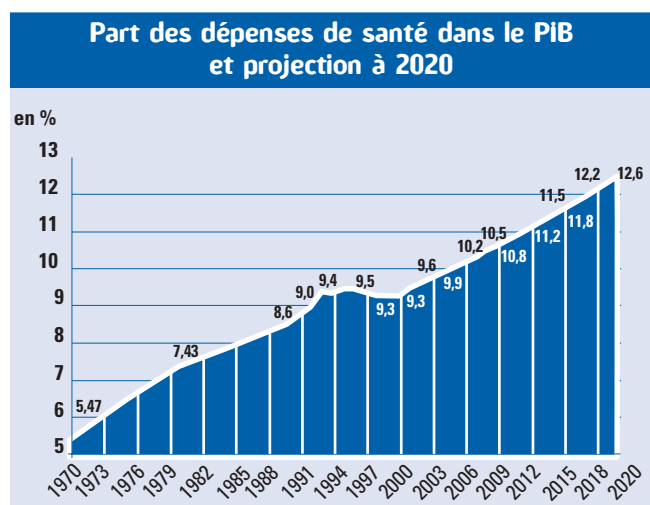
Jusqu'en 1985, l'écart de croissance en volume entre dépenses de santé et PIB a été particulièrement important. A partir de 1986, celui-ci s'est progressivement réduit suite à différentes mesures, telles que le plan « Seguin ».

Entre 1994 et 2000, la part des dépenses de santé dans le PIB s'est même globalement stabilisée sous l'effet des plans de réforme successifs de la Sécurité sociale (plans « Veil » et « Juppé »).

À la fin de cette période, malgré une croissance exceptionnelle du PIB, l'écart s'est à nouveau creusé. Depuis 2000, la part des dépenses de santé dans la richesse de notre pays a recommencé à croître à un rythme élevé.



La part des dépenses de santé dans le PIB augmentera de 3 points d'ici 2020, si la tendance actuelle se poursuit



Depuis 2000, les dépenses de santé ont retrouvé une croissance nettement supérieure au PIB. Ce n'est en fait qu'un retour à la situation d'avant 1994.

Si ce retour à la tendance historique de croissance des dépenses se confirme, la part des dépenses de santé devrait recommencer à croître fortement. Avec un écart des taux de croissance de 1,5 point, les dépenses de santé, qui représentent 9,5 % du PIB en 2001, devraient en représenter 12,6 % en 2020.

Points clés

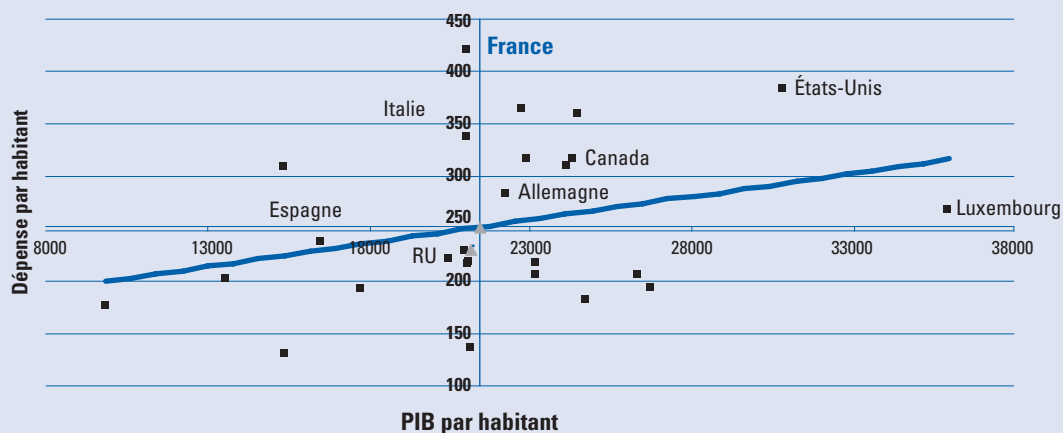
- multiplication par 30 du volume de médicaments consommés en 40 ans
- 21 % des dépenses de soins et biens médicaux consacrés aux médicaments
- une consommation d'antibiotiques 2,5 fois plus élevée que la moyenne des pays européens

Une consommation préoccupante de médicaments

Record mondial de dépenses pharmaceutiques pour la France

Dans l'ensemble des pays développés, les dépenses de médicaments constituent une part des dépenses en forte croissance. Toutefois, la France apparaît comme un cas extrême. En effet, elle détient, avec les États-Unis, le record de la dépense pharmaceutique en valeur par habitant. La dépense moyenne par habitant en France atteint près de 1,5 fois celle de l'Allemagne ou de l'Espagne.

Dépenses totales pharmaceutiques en fonction du PIB par habitant
(US\$ en parité de pouvoir d'achat en 1997)



Ce niveau élevé de consommation est dû à :

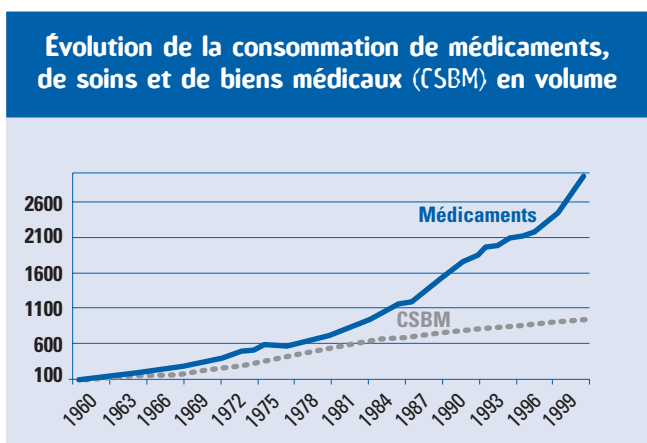
- un niveau de **consommation en volume** exceptionnellement élevé ;
- une diffusion très rapide de **la prescription des innovations** ;
- un rattrapage des prix depuis 5 à 10 ans vers une référence européenne haute ;
- **une absence de concurrence par les prix**, caractérisée par la **faiblesse du développement des génériques** et le maintien de prix élevés sur une très longue période.

Cette consommation est plus particulièrement marquée pour certains médicaments. Ainsi, chaque Français consomme :

- **2 fois plus** de vasodilatateurs et d'analgésiques,
- **2,5 fois plus** d'antibiotiques et de psycho-analéptiques,
- **3,5 fois plus** de psycholeptiques.

Une croissance rapide des remboursements

La croissance actuelle est particulièrement forte avec un doublement en moins de 10 ans de la consommation en volume, et une multiplication par 31 depuis 1960.



Le marché du médicament présente en effet **un renouvellement rapide des produits**, avec l'arrivée de nouveaux médicaments remplaçant d'anciens médicaments moins chers.

L'analyse de l'évolution du **chiffre d'affaires des laboratoires** fait ainsi apparaître que :

- la structure des ventes entre classes et surtout à l'intérieur des classes se déforme,
- l'évolution des prix et celle du nombre de boîtes se compensent.

Les remboursements ont augmenté de 10,7 % en 2000⁽¹⁾ et de 8,6 % en 2001.

Comme chaque année, la croissance du marché s'est concentrée sur un petit nombre de classes de médicaments. En effet, la progression des dix premières classes représente 6,2 points de croissance, pour une croissance totale de 8,6 %.

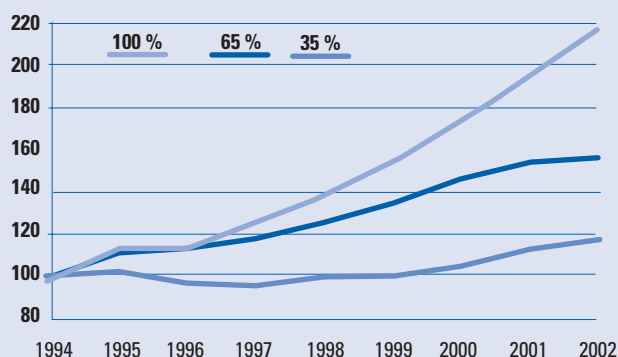
La première de ces classes est celle des inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2 (les nouveaux anti-inflammatoires Vioxx®, et Celebrex®), des stimulants $\beta 2$ associés à des corticoïdes inhalés (traitements de l'asthme notamment), des médicaments du système cardio-vasculaire, des antidépresseurs et des analgésiques non narcotiques (notamment Doliprane®, et Efferalgan®, en croissance très forte).

À l'inverse, certaines classes sont en baisse. C'est le cas des vasodilatateurs, une classe de produits à Service médical rendu insuffisant, en baisse régulière depuis plusieurs années.

Les médicaments génériques, quant à eux, n'ont pas encore d'impact significatif sur la structure des ventes par classe.

(1) Étude MEDICAM publiée par la CNAMTS – juin 2002, portant sur le Régime général en métropole hors sections locales mutualistes, soit un peu plus de 70 % du remboursement total.

Évolution des dépenses remboursées selon le taux effectif de prise en charge (base 100 au 1^{er} janvier 1994)



Source : CNAM - Régime général uniquement

Cette évolution structurelle a un impact très direct sur les dépenses de l'Assurance maladie à travers la croissance de la consommation. Elle a aussi un impact indirect moins connu à travers la croissance du taux moyen de remboursement. En effet, les nouveaux médicaments sont plus souvent consommés par les malades en ALD, et donc mieux remboursés.

La progression des ventes de génériques n'a pour l'instant qu'un impact limité

- **En 2002, le générique gagne des parts de marché**

Au cours de l'année 2002, la vente de médicaments génériques a fortement augmenté.

En effet, la part des génériques dans le répertoire des médicaments pour lesquels il existe au moins un générique (répertoire de l'AFSSAPS⁽¹⁾) est passée de 35 % en nombre de boîtes vendues en début d'année 2002 à près de **50 % en février 2003**.

Toutefois, les médicaments génériques ne représentent encore qu'une part limitée du marché des médicaments en France : sur le total des ventes de médicaments remboursables, le générique représente **10 % des boîtes vendues en officine en février 2003** (contre 8 % en janvier 2002) et seulement 5 % du chiffre d'affaires total de l'industrie pharmaceutique.

- **L'augmentation du volume de génériques est liée à la fois à leur promotion et à l'arrivée de nouveaux génériques sur le marché**

Le développement du marché des génériques est en partie dû à **l'extension du champ du répertoire** avec l'inscription de molécules plus récentes et plus chères, en particulier les génériques du Prozac® (Fluoxétine) en janvier 2002.

Dans les groupes de génériques anciens, les ventes de génériques se sont stabilisées et celles des *princeps* reculent.

Ainsi, d'une part, l'accord du 5 juin 2002⁽²⁾ entre la CNAM et les médecins généralistes et, d'autre part, les campagnes de promotion ont contribué à la fois à **la diffusion de nouveaux génériques et au maintien des volumes pour les génériques plus anciens**.

- **Un taux de pénétration du générique très différent suivant le type de molécule**

Parmi les groupes génériques réalisant les plus gros chiffres d'affaires (30 premiers), **la part des génériques en nombre de boîtes vendues est encore très variable selon les groupes** : aux extrêmes, certains génériques n'ont pris que 8 % du marché alors que d'autres représentent la quasi totalité du marché de la molécule.

(1) Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Le répertoire comprend la liste des spécialités pharmaceutiques génériques ainsi que leurs produits de références (ou *princeps*).

(2) Dès le 1^{er} juillet 2002, la consultation est passée à 20 € en contrepartie d'une rédaction des ordonnances par tous les médecins en DCI (Dénomination Commune Internationale) : pourcentage minimal de prescription en DCI pour la première année de 25 %, en moyenne nationale, des lignes de prescriptions médicamenteuses dont la moitié au moins entre dans le champ du répertoire des génériques.

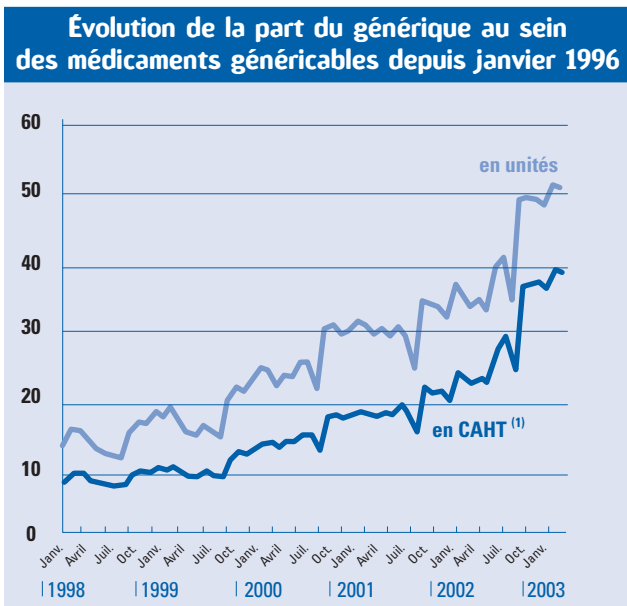
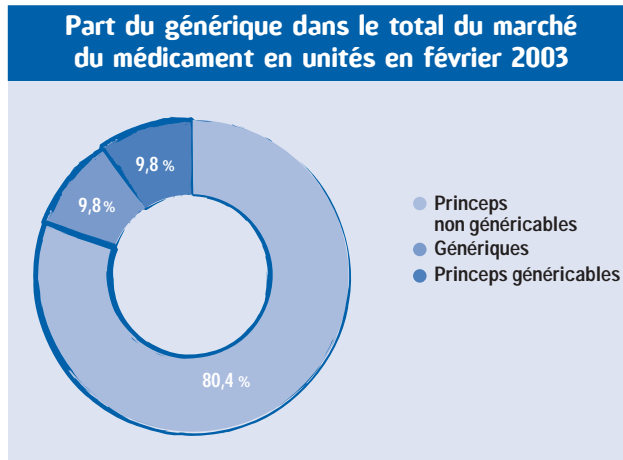
Cette disparité des taux de pénétration est indépendante de leur ancienneté. À la date d'arrivée proche sur le marché (4 ans), les taux de pénétration varient de 24 % à 66 % suivant le groupe.

La montée en charge de la diffusion des génériques est ainsi très différente d'une molécule à l'autre : au cours de l'année 2002, parmi les trente premiers groupes génériques réalisant les plus gros chiffres d'affaires, **les gains de parts de marché varient de 5 % à plus de 30 % selon les molécules.**

• **Une intensification de la politique de promotion des génériques permettra de réaliser encore d'importantes économies**

L'accélération de la politique de promotion des génériques, à travers la mise en place des « tarifs forfaitaires », va encore plus fortement inciter les patients à demander des génériques. Par ailleurs, elle supprimera, pour l'Assurance maladie, le surcoût lié à la volonté de certains de ne consommer que des produits de marque.

Les économies potentielles permises par une telle politique sont importantes et nettement supérieures à celles déjà réalisées, car de nombreuses molécules devraient être génériquées au cours des prochaines années.



sources : données GERS- février 2003/répertoire des génériques du 27 octobre 2002

(1) Le CAHT est le chiffre d'affaires hors taxes des laboratoires pharmaceutiques.

Points clés

- près de 75 % des recettes du Régime général sont assises sur la masse salariale
- en 2020, il y aura 1,4 fois plus de personnes de + de 60 ans, déséquilibrant massivement la répartition actifs/inactifs
- la CSG, dont l'assiette est très large, représente environ 34 % du financement

Un financement de la santé fragilisé

Malgré l'élargissement de son assiette, l'essentiel du financement repose sur les actifs

La structure du financement de l'Assurance maladie s'est profondément modifiée durant la dernière décennie. On s'est progressivement écarté d'un système reposant uniquement sur des cotisations basées sur les rémunérations et les revenus professionnels.

La création de la CSG en 1991 a permis d'élargir l'assiette de revenus sur laquelle est financée l'Assurance maladie. Nouvel instrument de financement, cet impôt a pour objet de se substituer à certaines cotisations salariales.

Ainsi, non seulement les actifs mais également les retraités et certains revenus du patrimoine sont-ils assujettis à la CSG.

Son assiette englobe :

- les revenus d'activité,
- les revenus de remplacement,
- les revenus de placement,
- les revenus du patrimoine, et
- les sommes consacrées au jeu.

Son taux est fixé depuis 1998 à 7,5 % pour tous les revenus, sauf pour les revenus de remplacement (6,2 % ou 3,8 %).

Structure du financement de l'Assurance maladie

| | |
|--|--------|
| Cotisations sociales patronales | 47,2 % |
| CSG (Contribution Sociale Généralisée) | 33,8 % |
| Transfert de l'État | 6,7 % |
| Taxes affectées | 2 % |
| Cotisations sociales salariales | 2,7 % |
| Divers | 7,6 % |

Source : CNAME

Néanmoins, la structure de financement demeure principalement assise sur la masse salariale par le biais des cotisations patronales et de l'importance de l'assiette salariale pour la CSG. La part financée par les actifs est donc prépondérante : elle représente directement 75 % des recettes.

Éviter une telle structure de financement est impossible. Les actifs représentant les principaux producteurs de richesse de toute économie ; ce sont eux qui supportent en grande partie le financement de la protection sociale et, plus globalement, de l'ensemble des dépenses publiques.

La proportion des actifs va diminuer

Après le vieillissement des enfants du baby-boom, l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans progressera de façon continue :

- en 2020, 27 % de la population française aura plus de 60 ans (17 millions de personnes, soit 1,4 fois plus qu'en 2000) ;
- en 2040, cette part de la population aura augmenté de plus de 10 millions par rapport au dernier recensement de 1999 (soit plus de 22 millions).

Cette augmentation des personnes âgées induit une diminution de la part des actifs dans la population française. Elle risque de poser certaines difficultés financières à l'Assurance maladie.

Évolution de la population depuis 1970 et projection jusqu'en 2020 (en % de la population totale)

| Population (en %) | 1970 | 1980 | 1990 | 1999 | 2010 (proj.) | 2020 (proj.) |
|-------------------|------|------|------|------|--------------|--------------|
| Moins de 20 ans | 33 | 31 | 28 | 25 | 24 | 23 |
| De 20 à 39 ans | 27 | 29 | 30 | 29 | 26 | 25 |
| De 40 à 59 ans | 22 | 23 | 23 | 25 | 27 | 26 |
| Plus de 60 ans | 18 | 17 | 19 | 21 | 23 | 27 |

Points clés

- un déficit estimé à 10,6 milliards d'€ pour 2003
- un déficit qui représente plus de deux fois les honoraires remboursés aux généralistes et plus de 60 % des dépenses de médicaments prises en charge par la caisse
- un déficit projeté à 100 milliards d'€ en 2020 si le rythme constaté depuis 1980 se poursuit

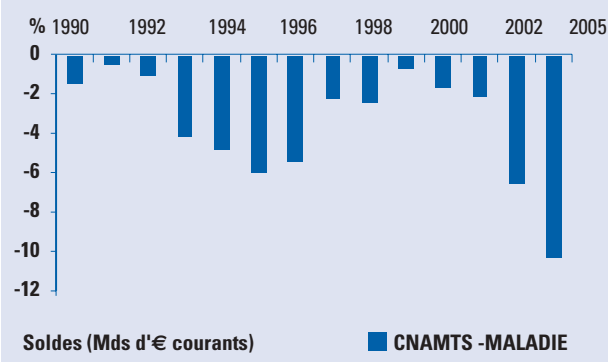
L'éternel retour des déficits

Un bilan financier historiquement déficitaire

L'Assurance maladie a été continuellement en déficit durant la décennie 1990. Ces déficits ont conduit d'ailleurs à deux reprises importantes de dettes en 1996 et 1998. L'amélioration du solde à la fin des années 90 est due aux mesures prises dans le cadre du plan « Juppé » de 1996, mais surtout à la forte progression de la masse salariale (à un rythme supérieur à 6 %) du fait d'un contexte économique international très favorable.

Dès le ralentissement de la conjoncture, le déficit de l'Assurance maladie a rapidement augmenté avec 6 milliards d'€ en 2002. Il se creuse pour 2003, année pour laquelle il est estimé à 10,6 milliards d'€.

Soldes de la CNAMTS - Maladie 1990-2005
(droits constatés depuis 1999)



Résultats du Régime général d'Assurance maladie (en milliards d'€)

| 2000 | 2001 | 2002 | 2003 (p) |
|------|------|------|----------|
| -1,6 | -2,1 | -6,1 | -10,6 |

Source : rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2003

Cette dégradation récente est la conséquence d'une augmentation beaucoup plus rapide des dépenses que des recettes. Les difficultés proviennent à la fois :

- d'une faible progression des recettes en raison du ralentissement de la conjoncture ;
- **d'une forte croissance des dépenses**, dont le

rythme est, depuis 1998, supérieur à 5 % ; il a même dépassé 7 % en 2002 du fait du financement de la réduction du temps de travail à l'hôpital et, à un moindre degré, des revalorisations des professionnels libéraux intervenues entre janvier et juillet 2003.

L'existence de ces déficits continuels a conduit les gouvernements successifs à effectuer de nombreux plans de redressement

Les déficits des années 90 sont en fait uniquement la suite des évolutions connues depuis plus de 30 ans, c'est-à-dire une forte croissance des dépenses de santé. La pression financière due à la croissance des dépenses a conduit les gouvernements successifs à des mesures de redressement caractérisées, notamment par l'augmentation des prélèvements et la baisse des taux de remboursement et, plus récemment, par un resserrement de la maîtrise des soins de ville (notamment au cours de la décennie 1990)

- 1976 - Plan Barre Diminution de remboursements (auxiliaires médicaux et transports)
- 1977 - Plan Veil Diminution de remboursements (médicaments de confort) et du nombre de lits hospitaliers
- 1982 - Plan Bérégovoy Création du forfait hospitalier et diminution du remboursement de médicaments
- 1985 - Plan Dufoix Diminution de remboursements (actes infirmiers, actes de biologie et spécialités pharmaceutiques)
- 1986 - Plan Séguin Hausses du forfait hospitalier et des cotisations maladie
- 1988 - Plan Evin Exonération du ticket modérateur pour les maladies de longue durée hors liste et taxe sur la publicité de médicaments
- 1990 Création de la CSG
- 1991 - Plan Bianco Hausses du forfait hospitalier et des cotisations maladie
- 1993 - Plan Veil Hausses de la CSG et du forfait hospitalier et baisse du remboursement des honoraires médicaux ; Références Médicales Opposables
- 1996 - Plan Juppé Création de la caisse d'amortissement de la dette alimentée par le RDS, et vote annuel par le Parlement de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), mécanismes de régulation des soins de ville.

Depuis quelques années, en l'absence de mesures de redressement, la croissance des dépenses est revenue sur sa tendance historique. Le déficit de l'Assurance maladie s'est donc de nouveau creusé.

La poursuite de la tendance historique à la hausse des dépenses de santé conduit à un besoin de financement annuel de 100 milliards d'€ en 2020

Même en cas de retour à une croissance dynamique, la poursuite de la croissance des dépenses de santé posera des difficultés financières considérables. Or, si aucun plan d'adaptation de l'Assurance maladie n'est mis en œuvre, il n'y a aucune raison pour que cette croissance s'arrête.

En faisant une hypothèse d'une croissance annuelle de l'activité économique de 2,5% en volume (ou 4% en valeur), le besoin de financement annuel en 2020 atteindrait 100 milliards d'€, si la croissance des dépenses d'Assurance maladie se poursuit au rythme constaté depuis 1980.

Ce besoin de financement serait équivalent en 2020 à plus de 5,5 points de CSG, alors qu'aujourd'hui l'Assurance maladie bénéficie de 5,4 points de CSG.

