

Finances publiques et dépenses d'avenir

*Conférence-débat organisée par
La Trésorerie Générale du Royaume du Maroc en collaboration avec FONDAFIP
Association pour la Fondation Internationale de Finances Publiques
avec le soutien de la Revue Française de Finances Publiques (RFFP)*

Dépenses d'avenir liées à la santé : quel challenge?

Quels enseignements de l'expérience française?

Rabat, 9 juin 2018

Benjamin Ferras

Membre de l'inspection générale des affaires sociales

Membre du Conseil des prélèvements obligatoires

Enseignant à Sciences Po Paris et à l'IGPDE

**Les propos tenus n'engagent que leur auteur et en
aucun cas les institutions qu'il sert ou qu'il a
servies**

Introduction

- Un plaisir, un honneur... dans la continuité d'une affinité pour le Maroc et de travaux en cours...
- Quelques lieux communs
- **Les dépenses de santé – un « idéal-type » des dépenses publiques d'avenir?**
 - Un « bien individuel » ET un « bien commun »
 - Un investissement en capital humain
 - Des attentes fortes des citoyens, une demande et un attachement
 - Un facteur clef de développement économique – les dépenses sont des revenus

Introduction

- **L'avenir dépend du point de départ...** donc du type de système de santé choisi / subi et de la prise en charge publique ou privée de la dépense...
 - L'avenir dépend du passé et du présent...
 - L'avenir dure longtemps...
- Face à des systèmes complexes, rester modeste et ne pas tomber dans l'autosatisfaction ou les certitudes...

« Il ne faut jamais faire de projets, surtout en ce qui concerne l'avenir. »

Pierre Dac - Les pensées (1972)

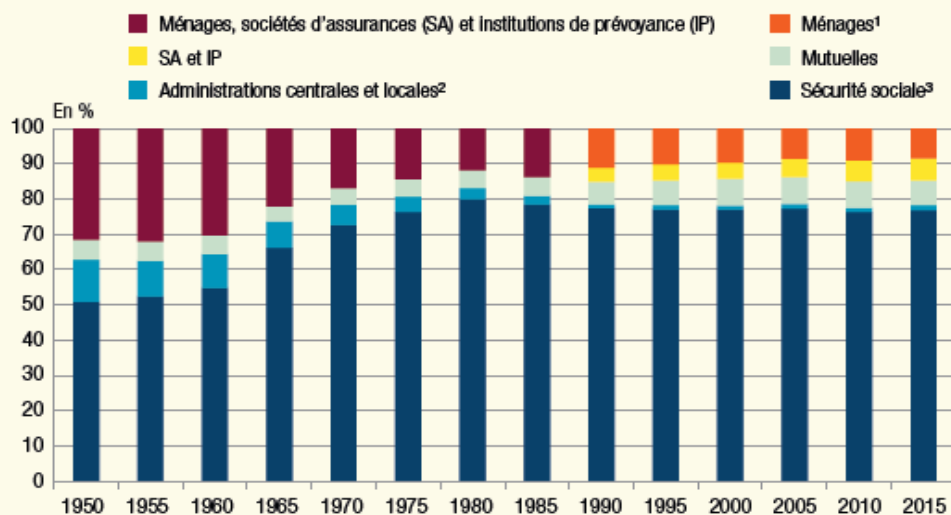
Introduction

- Si approche « finances publiques » alors... des choix ont été faits (i) d'une prise en charge publique et (ii) d'une socialisation plus ou moins forte de la dépense... et, pour le Maroc et la France, dans une approche d' « universalisation » de la couverture maladie => un reste à charge des ménages très bas en France... (8,9%) du fait de la montée en puissance de l'AMO



GRAPHIQUE 5

Structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux



1. Le financement des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance n'est connu que depuis 1990.

Auparavant, leurs dépenses sont comptabilisées avec celles des ménages.

2. AMG, devenue AMD en 1983, elle-même remplacée par l'AME en 2000 pour les personnes en situation irrégulière ;

CMU-complémentaire gérée par les organismes de base ; prestations aux invalides de guerre ; soins urgents.

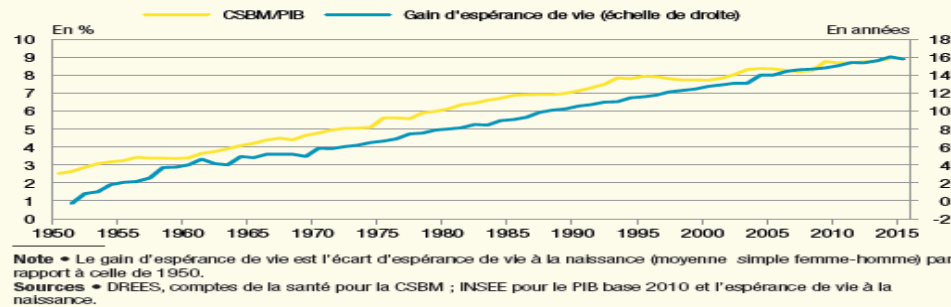
3. Tous régimes obligatoires, y compris CMU-Base et compléments du régime d'Alsace-Moselle et de la CAMEG.

Source • DREES, comptes de la santé.

Introduction

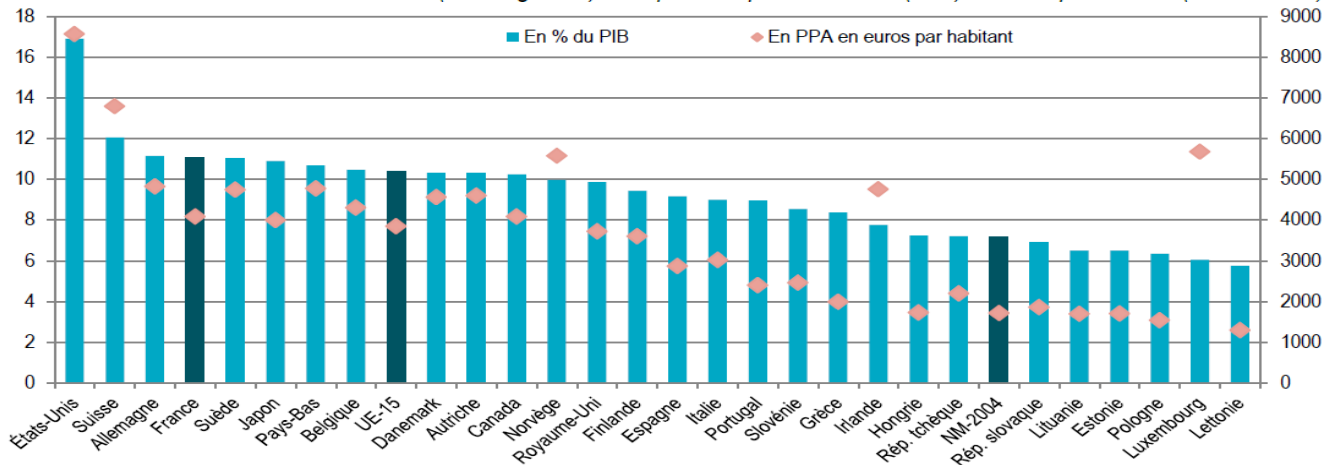
- **Un choix d'avenir ?** Le système de socialisation publique du risque maladie est celui qui (i) est économiquement le plus efficient et (ii) apporte le plus de bien être... le choix d'un système de ce type demeure –très- politique...

GRAPHIQUE 1A
Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB et gain en espérance de vie



Graphique 11 Dépense courante de santé au sens international en 2015

En % du PIB (axe de gauche) et en parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2016, édition 2017

Introduction

- **Des enseignement possibles** issus des choix français et européens concernant l'organisation, le pilotage, le contrôle ou la régulation des dépenses de santé...
- Les défis, notamment au Maroc, sont considérables... alors que **cette « richesse de ceux qui n'en ont pas » ne concerne que peu de pays dans le monde** (OIT, 2014, 27% de la population mondiale avec une protection sociale « adéquate »)
- **La question clef** pour les pays développés avec une socialisation publique du risque maladie : la **soutenabilité** (financière, sociale et politique) de la dépense donc du système

Introduction

⇒ **Un impératif d'encadrement donc de régulation de la dépense...**

1. Une assurance maladie condamnée aux déficits et à la dette?

Non, une AMO qui renoue avec l'équilibre

2. Un pilotage et une régulation impossibles?

Ecarter les solutions « classiques » de régulation publique, mettre en œuvre un pilotage adapté et spécifique

3. Un avenir nécessairement sombre?

Non, des défis nombreux à relever dans une perspective de soutenabilité

Une AMO condamnée à la dette et aux déficits? Le retour à l'équilibre...

- **Paradoxe de s'inspirer de l'expérience française** alors même que le débat sur le déficit de la « sécu » et son « trou » y est particulièrement prégnant... 260,5 Mds€ de dette sociale composée à plus de 80% de l'AMO
- Les déterminants de la dette: une croissance des dépenses supérieure à celle des recettes, des dépenses très dynamiques...
- **Eviter les déficits, apurer la dette:** depuis les années 80 avec une accélération forte depuis la fin des années 90, des ajustements constants et des réformes successives au regard de la croissance des dépenses de soins de ville, le coût des innovations thérapeutiques
- **Une dette annoncée, prévisible, voulue?**
 - Depuis les années 50, **un développement sans précédent des couvertures** offertes et leur généralisation... et un soutien fort des assurés en ALD
 - Une **évolution de la structure des dépenses** d'AMO: des revenus de remplacement à la prise en charge des dépenses de soins...
 - Une « **maturité** » liée à de nouvelles et positives habitudes de recours au système de soin – 90% des français ont au moins un remboursement chaque année!

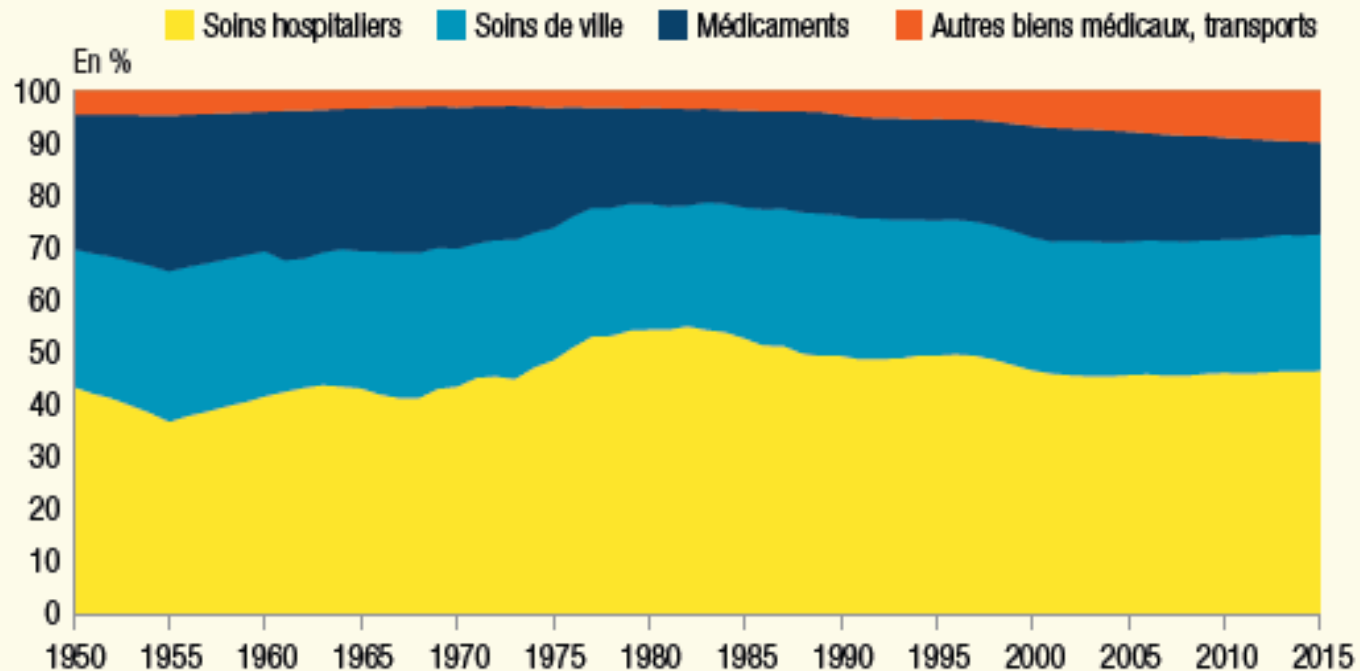
Une AMO condamnée à la dette et aux déficits? Le retour à l'équilibre...

- Des déficits avec des déterminants en recettes et en dépenses...



GRAPHIQUE 3

Structure de la consommation de soins et de biens médicaux, en valeur



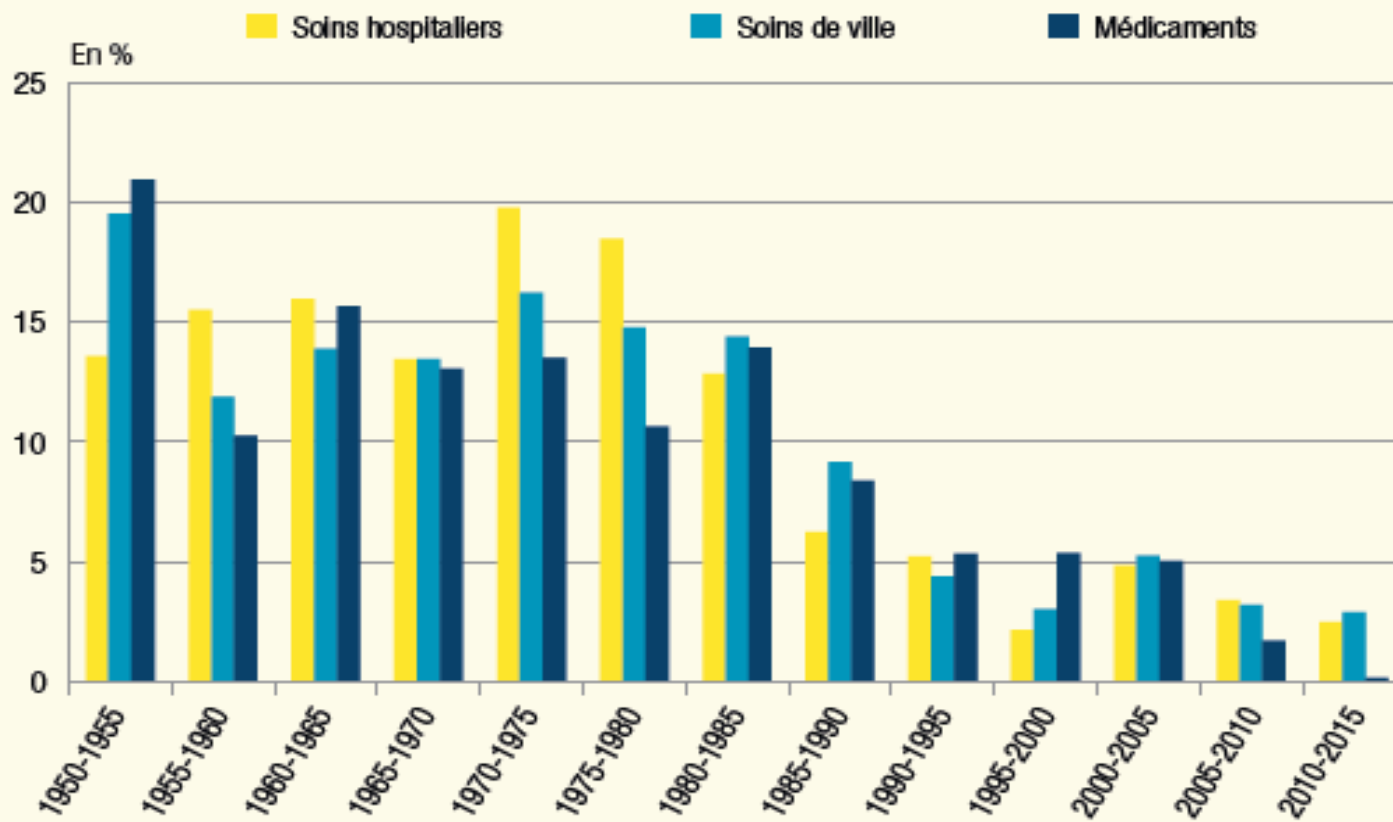
Source • DREES, comptes de la santé.

Une AMO condamnée à la dette et aux déficits? Le retour à l'équilibre...



GRAPHIQUE 4

Taux de croissance des principaux agrégats de la consommation de soins et de biens médicaux, en valeur



Source • DREES, comptes de la santé.

Une AMO condamnée à la dette et aux déficits? Le retour à l'équilibre...

- **En France, comme souvent en Europe, une AMO qui est, de très loin, le premier sinon l'exclusif financeur des acteurs du soin** (exemple: la quasi intégralité des recettes des établissements de santé est assurée par l'AMO)
- **Une AMO qui est moins / n'est plus bismarckienne pour la prise en charge**
 - La CMU (RAMED?) n'existe plus
 - Toute personne de nationalité française et/ou résidant régulièrement en France a droit à la protection universelle maladie
 - Le panier de soin et le taux de prise en charge sont les mêmes pour tous
 - La prise en charge est adaptée pour des populations cibles (femmes enceintes, ALD...)

Une AMO condamnée à la dette et aux déficits? Le retour à l'équilibre...

- **Une AMO qui est au plan financier une, plus de segmentation bismarckienne, la solidarité financière s'est imposée**
 - Baisse / disparition des régimes professionnels
 - Mise en place de dispositifs de solidarité financière (compensations)...
 - Intégration
 - Pilotage commun (gestion, SI, comptabilité...)
 - ⇒ La vision d'un assureur cloisonnant risques et populations n'a pas / plus de sens
 - ⇒ La santé est un bien élémentaire, tout le monde y a droit dans les mêmes conditions – solidarité

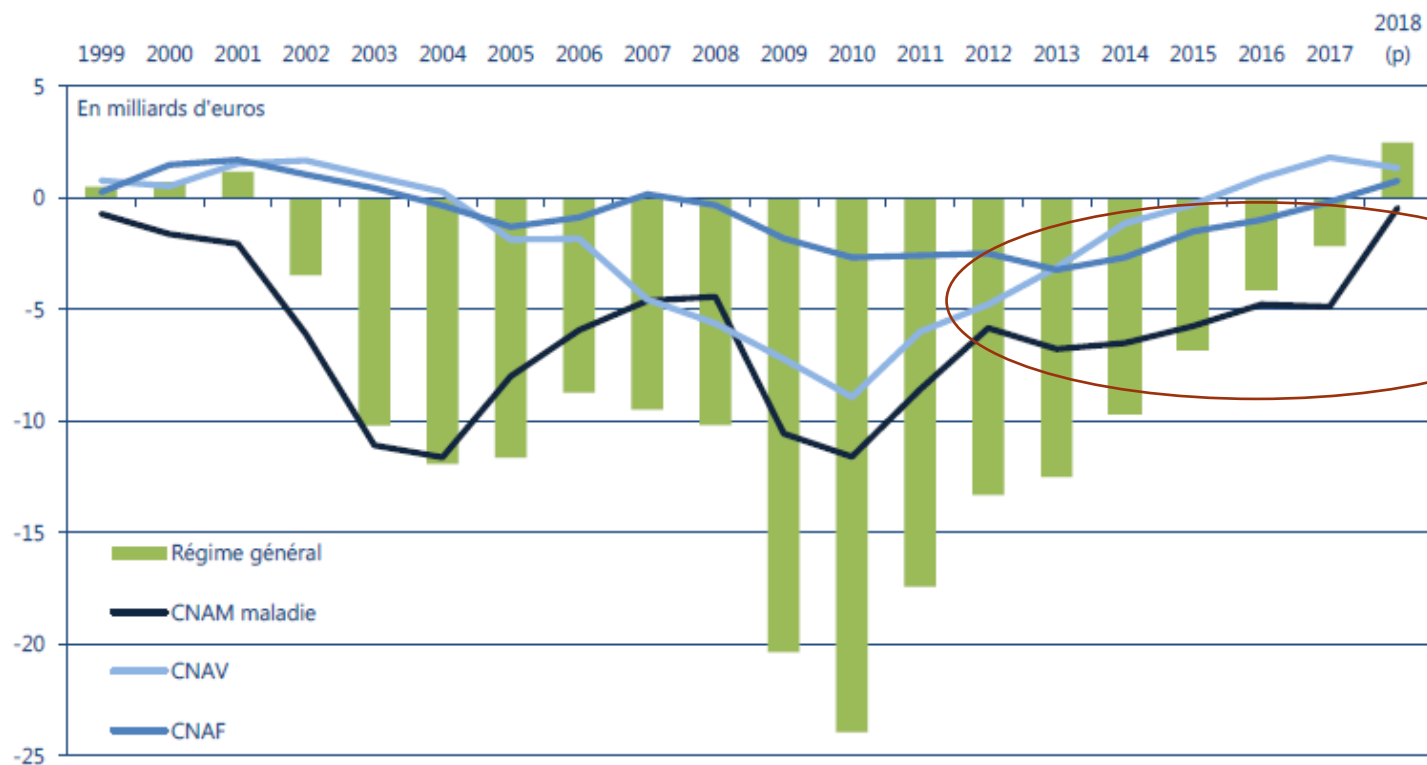
Une AMO condamnée à la dette et aux déficits? Le retour à l'équilibre...

- **Un déficit inévitable? Oui, s'il est conjoncturel** et si les mouvements pluriannuels d'excédent et de déficit se succèdent => cf. sensibilité conjoncturelle (coût d'une grippe) et technologique...
- **Mais la dette sociale AMO est considérée illégitime** - elle correspond à transférer la charge de dépenses courantes aux générations futures...
- **Cette approche est globalement consensuelle politiquement** en France, pour l'AMO...
- Divers dispositifs mis en œuvre pour spécialiser la dette, limiter les transferts de dette, l'apurer avec des recettes dédiées... bientôt (2024), une dette sociale amortie... et un trou de l'AMO / la sécu derrière nous ! Pas de nouveaux transferts en vue...

Une AMO condamnée à la dette et aux déficits? Le retour à l'équilibre...

- Une difficulté à tendre vers l'équilibre... entre 1999 et 2018, deux décennies de déficits... et un redressement progressif au cours de la dernière décennie

Graphique 1 • évolution des soldes du régime général de sécurité sociale de 1999 à 2018



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, Rapport de juin 2018

Quel pilotage et quelle régulation? Une démarche *sui generis*

- **La route a été fort longue** pour piloter la dépense de santé en France... plusieurs étapes
- D'abord, **rassembler ce qui est éparé**
 - Disposer de **comptes consolidés** intégrant toute la dépense publique pour la santé (dont l'AMO) et au-delà toute la dépense privée
 - **Assurer la solidarité par les transferts** financiers entre régimes
 - **Assurer l'identité de couverture** des régimes (panier de soin, taux de prise en charge)
 - **Rapprocher – sans aligner- les modes de financement**
 - **Tirer les conséquences de l'universalisation du système avec un financement par la fiscalité** affectée et, au premier chef, la CSG => vers un profil beveridgien?
 - **Rationaliser le paysage institutionnel**, fusion / intégration des régimes

Quel pilotage et quelle régulation? Une démarche *sui generis*

- Ensuite, **organiser le débat sur l'assurance – maladie**, ses justifications, ses modes d'action: **un débat non pas financier mais aussi financier... la création des LFSS et de l'ONDAM** en 1996 puis leur réforme –profonde- en 2005 par les deux LOLFSS
- **La création de lois annuelles a marqué un tournant:** une mobilisation des acteurs (administratifs et politiques) une mise sous tension, un rendez-vous annuel obligatoire portant sur les politiques de sécurité sociale... et avec une dimension forte sur la santé et l'assurance maladie...
- **Cette création n'a été possible que compte tenu des mouvements d'universalisation, de création d'unité financière...**

Quel pilotage et quelle régulation? Une démarche *sui generis*

- **La LFSS, une loi de finances améliorée et adaptée**
 - Chaque LFSS vaut loi de règlement, loi rectificative et loi initiale
 - **L'approche est donc pluriannuelle**... un « chainage vertueux » intégral permettant d'appréhender non pas trois mais six années (projections 4ales votées)... du fait du vote des prévisions de recettes, des objectifs de dépenses et des **soldes**
 - **Des dépenses non pas limitatives mais des objectifs** de dépenses crédibilisés par des mesures... des recettes prévues compte tenu de la sensibilité à la conjoncture
 - **L'ONDAM** – rassembler ce qui est éparé et indiquer des objectifs pour les différents secteurs de soins
 - **Une démarche objectifs / résultats**... qui distingue la politique et la gestion...
 - **Une approche *sui generis*, parfois contestée** car allant à l'encontre du paradigme commun de la « centralité des finances de l'État » mais qui a créé des effets évidents
- ⇒ Acter une nouvelle approche... Les finances sociales sont au cœur du pilotage des finances publiques et les masses sont supérieures à celles de l'État

Quel pilotage et quelle régulation? Une démarche *sui generis*

- Tableau d'équilibre – LFSS 2018

Article 31

Pour l'année 2018, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie.....	211,0	211,7	- 0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,0	13,5	0,5
Vieillesse.....	236,6	236,4	0,2
Famille	51,0	49,7	1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	498,9	497,7	1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse...	496,1	498,3	- 2,2

Source : Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Quel pilotage et quelle régulation? Une démarche *sui generis*

- ONDAM– LFSS 2018

Article 75

Pour l'année 2018, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

SOUS-OBJECTIF	OBJECTIF DE DÉPENSES
Dépenses de soins de ville.....	88,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	80,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	9,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,4
Autres prises en charge.....	1,8
Total.....	195,2

Source : Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Quel pilotage et quelle régulation? Une démarche *sui generis*

- Projections quadriennales AMO – LFSS 2018

(En milliards d'euros)

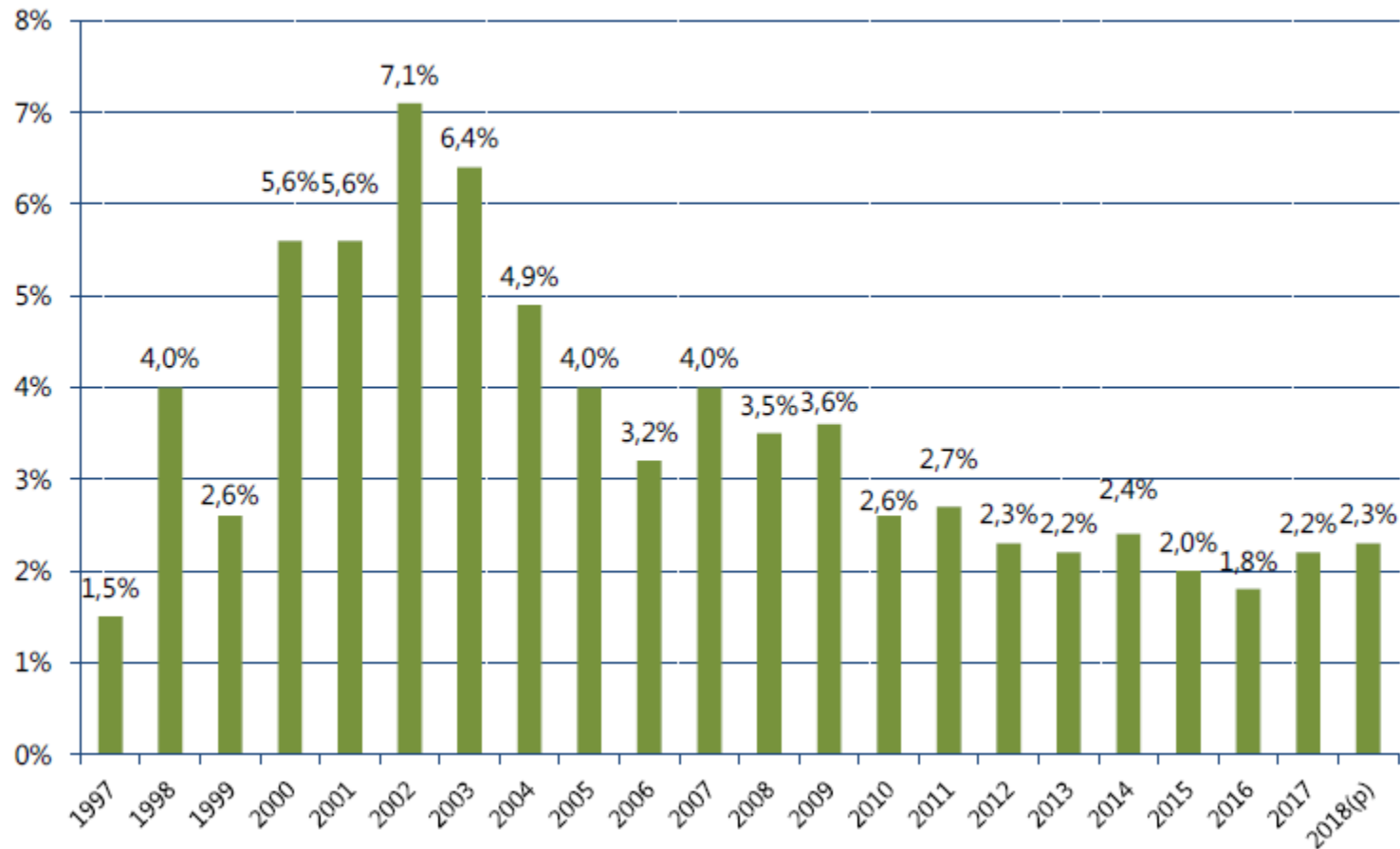
	2017(p)	2018(p)	2019(p)	2020(p)	2021(p)
Maladie					
Recettes	203,2	211,0	217,0	224,2	231,7
Dépenses	207,3	211,7	215,9	220,3	225,0
Solde	- 4,1	- 0,7	1,1	3,9	6,7

Source : Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Quel pilotage et quelle régulation? Une démarche *sui generis*

- Des dépenses d'AMO sous contrôle...

Graphique 2 • évolution des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM de 1997 à 2018 (en %)

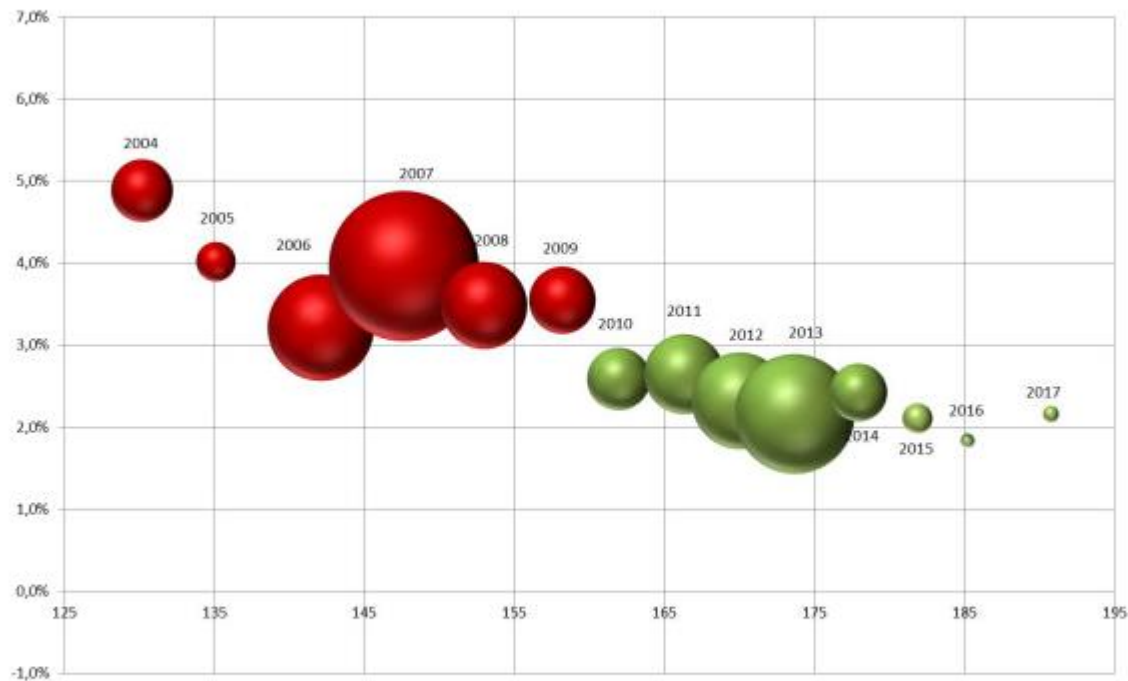


Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, Rapport de juin 2018

Quel pilotage et quelle régulation? Une démarche *sui generis*

- Un ONDAM respecté depuis 2010

Graphique 1 • Évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM



Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euro et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert). Ainsi, en 2016, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM (cf. graphique 1) ont atteint 185,1 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 1,8%

Quel pilotage et quelle régulation? Une démarche *sui generis*

- Tous les pays de l'UE ont mis en place des dispositifs de régulation / d'encadrement financier de l'AMO / de la PS... en recettes et en dépenses...

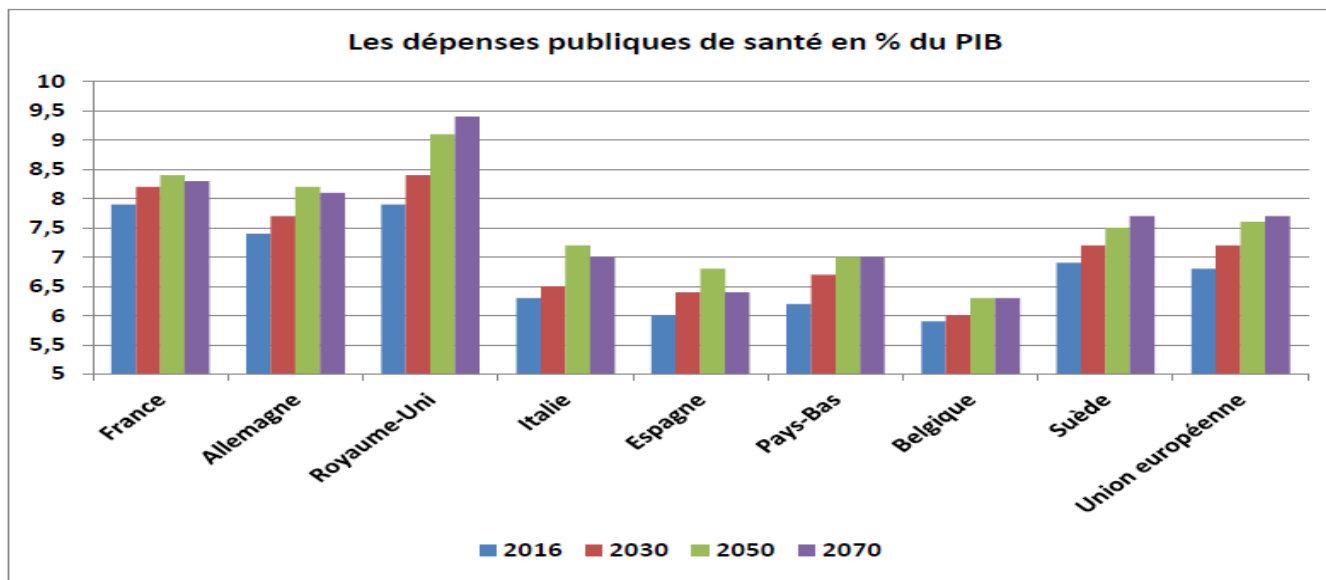
	RFA	Royaume Uni	Europe du Nord	Espagne	Italie
Gestion	Caisses gérées par les partenaires sociaux mais règles définies par l'Etat fédéral	Etat et services des collectivités	Etat et part importante aux collectivités	Risques contributifs: caisses sans partenaires sociaux Risques non contributifs : régions	Sécurité sociale : gérée par l'Etat Assistance et prestations en nature santé : régions
Financement	Cotisations affectées aux caisses gérant le risque + financement fédéral des prestations non contributives + fiscalisation des recettes (TVA)	Impôt (des cotisations existent mais sont recouvrées par l'Etat et ne sont pas affectées)	Impôt avec affectations massives aux collectivités chargées de gérer certains risques	Santé = Beveridge; autres risques = Bismarck Impôt pour dépenses de santé et dépenses personnes âgées / handicapées - non contributif - produit affecté aux régions Cotisations pour le reste	Santé = Beveridge; autres risques = Bismarck Sécurité sociale de l'Etat: 60% de cotisations et 40% d'impôts Assistance et prestations en nature santé: 100% impôts via les recettes fiscales affectées aux régions
Maîtrise budgétaire	Dépenses évaluatives Texte financier unique	Budget de l'Etat via National Health Fund et National Insurance Fund	Budget de l'Etat ou des collectivités	Dépenses évaluatives Toutes dépenses dans budget de l'Etat Dépenses portées par les régions dans les budgets des régions	Budget de l'Etat ne retracer que les transferts. Pas de vision consolidée des finances sociales dans un ou plusieurs textes
Définition du cadre	Parlement	Parlement	Parlement	Parlement et régions	Parlement et régions
Règles financières structurantes	Caisses obligatoirement à l'équilibre avec des réserves pour palier les retournements conjoncturels / structurels Si difficulté: PTZ et subventions Etat avant mesures redressement	Intégration dans les règles globales de pilotage	Intégration dans les règles de pilotage propres à chaque collectivité	Principe d'équilibre structurel applicable à l'Etat comme aux régions Fonds de réserve pour combler les déficits conjoncturels	Règles propres à l'Etat et aux régions. Pas de règle unificatrice

Des perspectives sombres? Des défis à relever!

- Le but de l'AMO est celui de la solidarité... elle doit donc être (ré)interrogée continuellement...
 - Pour autant, la réforme est ingrate
 - Elle est **impopulaire**
 - Le pilotage des dépenses correspond au **pilotage des revenus**
 - Les leviers de la réforme conduisent à **agir sur les comportements**
 - **Toute réforme ne crée des fruits qu'au terme de plusieurs années**
 - **Il faut gérer la « disruption »**
 - **Et anticiper les évolutions économiques, sociales et démographiques**
- ⇒ Un besoin de consensus... et de débat

Des perspectives sombres? Des défis à relever!

- **Le vieillissement de la population** – savoir ce que l'on veut, connaître les sources de soutien (retraite, santé et dépendance... du point de vue de la santé, des perspectives « assumables » de hausse sous réserve des autres choix...



Source : Commission européenne ; FIPECO.

Des perspectives sombres? Des défis à relever!

- **L'organisation des soins**

- Les soins de ville demeurent un « angle mort » de la régulation dans le cadre du paiement à l'acte... d'où une approche spécifique et dédiée... *via* la « maîtrise médicalisée », le médecin traitant et les parcours de soins...
- Un hôpital en mutation – rationalisation
- Un virage ambulatoire nécessaire
- Les alternatives à l'hospitalisation... aspect financier et demande sociale...
- Les arbitrages entre public et privé
- La démographie médicale
- Les « déserts médicaux »

Des perspectives sombres? Des défis à relever!

● L'innovation

- Un rapport ambivalent: source de tous les espoirs (soigner mieux, soigner ce qui ne l'est pas) et de toutes les craintes (remise en cause des usages et source de coûts)
- L'opportunité d'une approche médico-économique plus approfondie
- Des financements dédiés: fonds de l'innovation thérapeutique, plans d'équipements, plans télémédecine...
- Une approche entrée / sortie cf. évaluation et réévaluation, remboursement et déremboursement... et négociation des prix – dans un contexte de concurrence internationale très forte...

Des perspectives sombres? Des défis à relever!

- **Les inégalités de santé**

- Les arbitrages entre gros et petit risque
- Le besoin d'une complémentaire santé pour bénéficier de la prise en charge de certains biens
- Un dualisme contesté source de déperdition... et de coûts de gestion
- Les réponses: généralisation de la complémentaire, mise en place de complémentaires pour les revenus modestes (CMU B et ACS)

⇒ Une spécificité française, à l'utilité contestée...

- Mais les inégalités les plus fortes demeurent celles liées à la CSP: accès au système, souci de prise en charge anticipée...
- Et des préoccupations constantes concernant le RAC... et les dépassements d'honoraires en ville!

Alors... que faire?

- **Il n'y a PAS UNE solution mais un ensemble de solution**
- **Il n'y a PAS UN modèle mais des réponses diversifiées selon les contextes**
- **L'assurance-maladie est, par définition, un objet financier et un « objet social » particulier et complexe**
 - Un risque continu, instantané, connu de chacun => constance et surveillance
 - Des demandes très fortes
 - Des besoins sociaux et intimes
- **Parce qu'elle a ce rôle clef, elle demeure un secteur de dépenses d'avenir par définition...**
- La préservation de sa soutenabilité politique et financière est un enjeu de premier ordre... c'est là que se joue aussi l'image de la solidarité qui unit les membres d'un corps social
- Les défis, en France comme au Maroc et ailleurs, sont considérables

Alors... que faire?

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, mais parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles. »

Sénèque

« De l'audace, encore de l'audace, toujours de l'audace! »

Danton

« Notre plus grande gloire n'est point de tomber, mais de savoir nous relever chaque fois que nous tombons. »

Confucius