

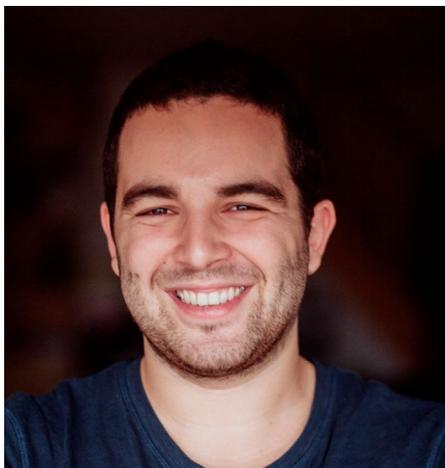


Quel financement pour notre système de santé ?

Table des matières

À propos des auteurs	2
À propos de l'Institut Sapiens	3
À propos d'Asterès	4
Disclaimer	4
Introduction	5
Partie I – Le partage du financement entre l'Assurance maladie et les organismes complémentaires : un moyen d'assurer la pérennité du système	7
Partie II – Comparaisons internationales : le mode de financement ne détermine pas la performance du système de santé d'un pays	15
Partie 3 – Les pistes d'évolution du partage du financement de la santé : faire davantage participer les OCAM et investir dans le système de santé	20
Conclusion	25

À propos des auteurs



Erwann Tison

Directeur des études de l'Institut Sapiens

Macro-économiste de formation et diplômé de la faculté des sciences économiques et de gestion de Strasbourg, il intervient régulièrement dans les médias pour commenter les actualités liées au marché du travail, et aux problématiques liées à l'innovation. Il codirige les observatoires "santé et innovation" et "emplois, formation et compétences" de l'Institut Sapiens. Il est notamment l'auteur d'Un robot, mon emploi et moi (Eska, 2019) et d'Un robot dans ma voiture (Eska, 2020)



Guillaume Moukala Same

Diplômé de Sciences Po Grenoble et titulaire d'un MA de Philosophie, Politique et Economie. Après un passage à l'Institut Sapiens puis au service économique de l'Ambassade de France en Estonie, il a rejoint Asterès en tant que chargé d'études économiques. Il est le co-auteur d'une étude publiée par la Fondapol sur le rôle des complémentaires santé dans l'innovation.

À propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est un laboratoire d'idées (*think tank*) indépendant et non partisan réfléchissant aux nouvelles conditions d'une prospérité partagée à l'ère numérique. L'humanisme est sa valeur fondamentale. Son objectif est d'éclairer le débat économique et social français et européen par la diffusion de ses idées.

Il fédère un large réseau d'experts issus de tous horizons, universitaires, avocats, chefs d'entreprise, entrepreneurs, hauts fonctionnaires, autour d'adhérents intéressés par les grands débats actuels. Sapiens s'attache à relayer les recherches académiques les plus en pointe.

Les travaux de Sapiens sont structurés autour de **sept observatoires thématiques** : développement durable ; IA et éthique ; science et société ; santé et innovation ; travail, formation et compétences ; politiques, territoire et cohésion sociale ; innovation économique et sociale.

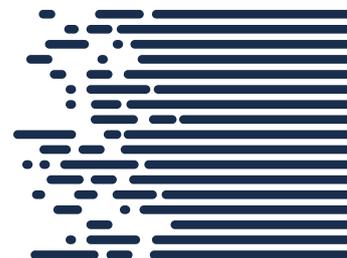
Sa vocation est triple :

Décrypter — Sapiens aide à la prise de recul face à l'actualité afin d'aider à la compréhension des grandes questions qu'elle pose. L'institut est un centre de réflexion de pointe sur les grands enjeux économiques contemporains.

Décloisonner et faire dialoguer — Sapiens met en relation des mondes professionnels trop souvent séparés : universitaires, membres de la sphère publique, praticiens de l'entreprise ou simples citoyens. L'institut est un carrefour où ils peuvent se rencontrer pour réfléchir et dialoguer.

Se former — Le XXI^e siècle est celui de l'information ; il doit devenir pour l'individu celui du savoir. Les immenses pouvoirs que donnent les technologies appellent un effort nouveau de prise de recul et d'analyse. Grâce à ses publications, événements et rencontres, Sapiens se veut un lieu de progression personnelle pour ceux qui veulent y prendre part.

Pour en savoir plus, visitez notre site internet : institutsapiens.fr



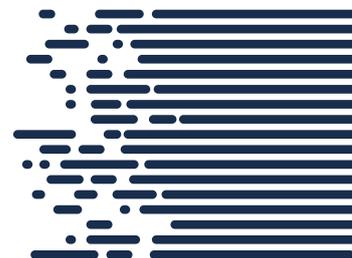
À propos d'Asterès

Fondé en 2006 par Nicolas Bouzou, ASTERES est un cabinet d'études économiques et de conseil. Nos missions nous orientent vers l'analyse des évolutions structurelles dans les sphères économiques, politiques et sociétales. Nos travaux s'inscrivent notamment en amont de stratégies de communication, d'affaires publiques et de décisions stratégiques.

A S T E R è S
p r o d u c t e u r d ' i d é e s

Disclaimer

La présente note a été rédigée par l'Institut Sapiens et le cabinet Asterès en partenariat avec Aésio mutuelle. Les auteurs ont bénéficié d'une indépendance totale et les propos tenus n'engagent que l'Institut Sapiens et le cabinet Asterès.



CSG⁵, et par l'émission d'obligations sur les marchés financiers. Sa durée de vie, pourtant limitée originellement à 13 années, ne cesse d'être prolongée depuis, du fait de la progression de la dette sociale et de l'impossibilité à la maîtriser.

Le déficit structurel, s'il n'est pas catastrophique en tant que tel, car assuré in fine par un Etat à l'horizon temporel infini, peut néanmoins fragiliser à terme notre système de santé et dès maintenant notre économie via la dépendance que crée notre niveau d'endettement. La hausse – probable – des taux d'intérêt pourrait en effet restreindre les capacités d'endettement de la France et l'obliger ainsi à réaliser des arbitrages budgétaires, potentiellement en défaveur de certains comptes sociaux.

Poser la question du financement de notre système de santé est donc essentielle dans un processus de sauvegarde de ce qui le caractérise en France, à savoir l'accessibilité à des soins de qualité, avec le plus faible reste à charge (RAC) des pays de l'OCDE. Dans cette note, nous évaluerons dans un premier temps les risques pesant sur le financement de notre système de santé, avant d'observer dans un deuxième temps les caractéristiques des autres pays européens, pour finir par proposer des évolutions concrètes.

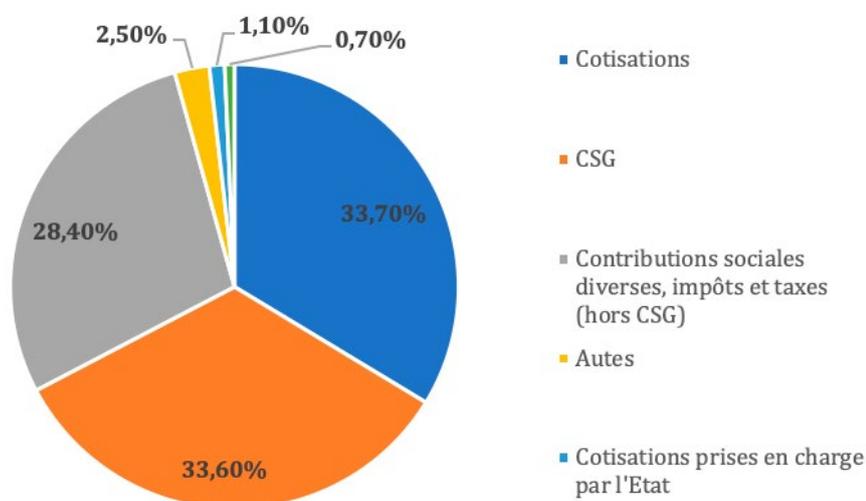
5 Contribution sociale généralisée, impôt de 9,2% sur les revenus d'activité (9,9% sur les revenus du patrimoine), créé en 1991

Partie I – Le partage du financement entre l'Assurance maladie et les organismes complémentaires : un moyen d'assurer la pérennité du système

A) Le financement passé de l'Assurance maladie : des recettes fortement dépendantes de la conjoncture entraînant un déficit chronique

Le financement par les cotisations accroît la dépendance de l'Assurance maladie aux fluctuations du cycle économique. A l'instar de la globalité du régime général, le financement de l'Assurance maladie repose principalement sur les cotisations : plus de 63% de ses recettes proviennent directement du travail (cf. graphique 1). Ce mode de financement rend l'Assurance maladie fortement dépendante aux cycles économiques et à ses variations : en période de crise, un système financé par les cotisations est mécaniquement fragilisé par la diminution du taux d'activité.

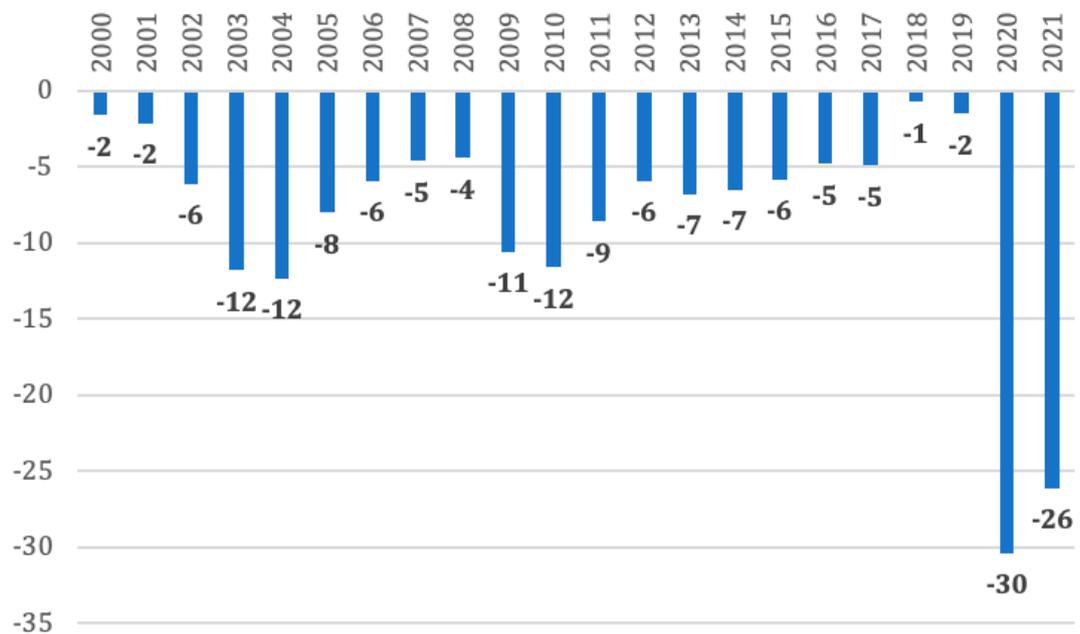
Graphique 1 – Financement de la branche maladie de la Sécurité Sociale



Sources : Comptes de la Sécurité sociale 2021

Depuis les années 2000, la branche maladie du régime générale la Sécurité sociale n'a pas été une seule fois à l'équilibre (cf. graphique 2). Les périodes de hausse brutale du déficit coïncident avec les périodes de crise et sont succédées par des périodes, généralement plus longues, de résorption progressive de ce déséquilibre. Alors que les comptes de l'Assurance maladie se rapprochaient de l'équilibre en 2018 et 2019, la crise de la Covid-19 a brisé une nouvelle fois l'espoir d'un retour à l'équilibre, qui ne devrait pas intervenir avant 2030.

Graphique 2 : Le solde de la branche maladie du régime générale de la Sécurité sociale depuis 2000 (en Mds€)



*Sources : Comptes de la Sécurité sociale (2011 – 2021)
et Cours des comptes (2000 – 2010)*

B) Le financement futur de l'Assurance maladie : une assiette de plus en plus faible et de moins en moins pertinente

Le mode de financement de la Sécurité sociale doit évoluer pour s'adapter aux transformations du XXI^e siècle. Le modèle de bismarckien n'est plus adapté au contexte actuel de vieillissement démographique et de mutation technologique. Ce constat invite à penser que l'on risque d'assister progressivement, dans les années qui viennent, à une transformation du financement de l'assurance maladie, passant d'une logique de financement bismarckienne à une logique beveridgienne, le citoyen finançant de plus en plus la protection sociale à la place du salarié, transformant alors un système (voir encadré 1).

- **Le financement par les cotisations est inadapté au vieillissement démographique.** Le vieillissement de la population provoque un déséquilibre croissant entre les actifs et non-actifs. Un déséquilibre démographique qui vient lui aussi déstabiliser les comptes sociaux en diminuant le ratio cotisants / bénéficiaires du système social, et oblige ainsi à une augmentation de l'effort réalisé par chaque cotisant.
- **Le financement par les cotisations est inadapté à une économie en pleine mutation technologique.** La révolution technologique amène son cortège d'incertitudes sur le périmètre des emplois existants à l'avenir. L'étude de Frey et Osborne estime que dans les pays développés, 42% des emplois seront confrontés à un risque important d'obsolescence sous la progression du progrès technique⁶. Si la thèse du chômage technologique généralisé ne résiste pas à l'épreuve des faits empiriques et historiques, nous pouvons concéder que le risque d'assister à une contraction des emplois salariés dans les années à venir, même conjoncturelle, est réel.

⁶ Brandes, P., & Wattenhofer, R. (2016). Opening the Frey/Osborne black box: Which tasks of a job are susceptible to computerization?. arXiv preprint arXiv:1604.08823.

Encadré 1 : Vers un modèle beveridgien ?

À l'origine, la Sécurité sociale a été fondée sur le modèle bismarckien de financement par les cotisations. Depuis sa création en 1945, la Sécurité Sociale se veut être la « garantie donnée à chacun, qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes »⁷. Reposant sur le principe de solidarité, elle est composée de quatre branches aux poids différents⁸ : l'assurance maladie (la CNAM, pesant pour 52,1% du total des dépenses), les retraites (CNAV - 33%), les prestations familiales (CNAF - 12%) et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (CNAM-AT - 2,9%). Une cinquième branche, consacrée à l'autonomie, a quant à elle été créée au 1er décembre 2021⁹ et doit répondre à la question essentielle de la dépendance et de l'accompagnement du grand âge. À l'origine, le régime général de Sécurité Sociale était financé quasi-entièrement par des cotisations et contributions assises sur le travail (cf. graphique 3).

À partir des années 1990, le mode de financement de la Sécurité sociale a commencé à se diversifier avec la création de la CSG. Créée en 1991, la CSG génère aujourd'hui 20% des recettes de la Sécurité Sociale. Il s'agit du deuxième impôt en termes de recettes derrière la TVA, avec 124 milliards d'euros par an. Touchant tous les types de revenus (revenus d'activité, pensions de retraite, allocations chômage, produits de placement et revenus du patrimoine), son taux est passé de 1,1% à sa création à 9,2%¹⁰ aujourd'hui. Sa dernière augmentation (+1,7%) date de 2018, et a fait suite à la baisse de certaines cotisations salariales liées au chômage et à la maladie (-3,1%). Une bascule visant alors à augmenter le pouvoir d'achat des actifs, à coût public constant, en augmentant l'assiette de financement de la protection sociale touchant les revenus des retraités, de l'épargne et du patrimoine. Au vu des transformations abordées dans cette partie, la transition vers un mode de financement hybride, voire passant majoritairement par l'impôt, pourrait s'accélérer dans les prochaines années.

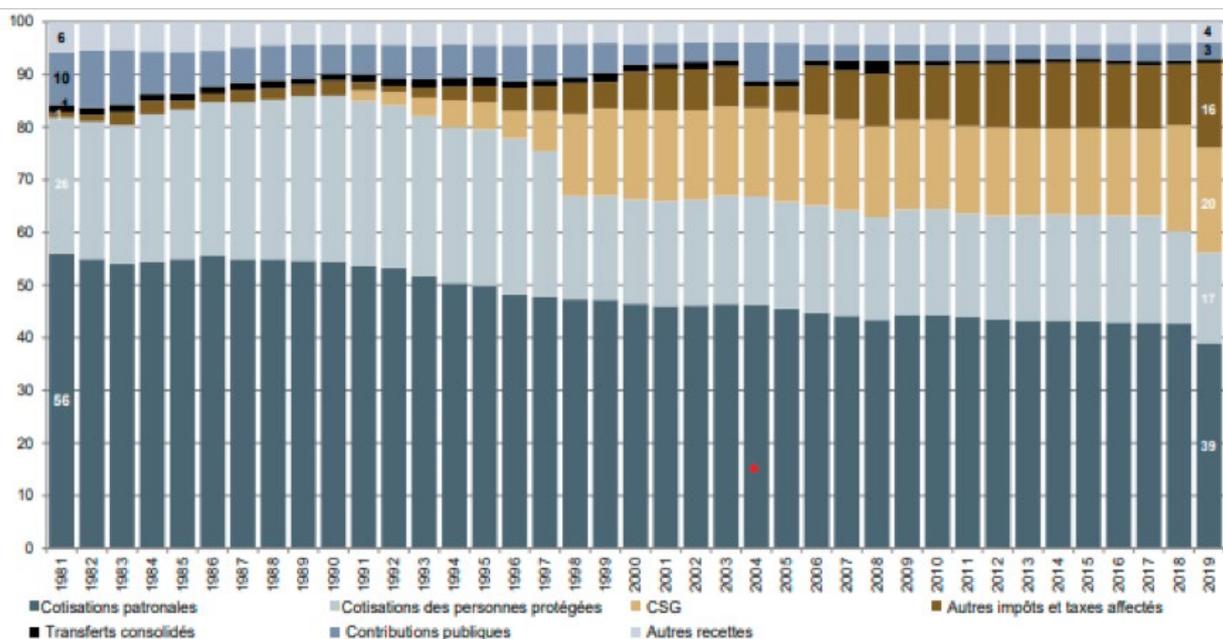
7 Exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant création de la Sécurité sociale.

8 Source : Comptes de la Sécurité sociale, juin 2021

9 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044394829>

10 Taux frappant les revenus d'activité et les revenus du patrimoine. Pour les pensions de retraites il est de 8,3%, et de 6,2% pour les allocations chômage.

**Graphique 3 - Structure des recettes des administrations de
Sécurité Sociale (ASSO)¹¹**



Source : REPSS financement annexé au PLFSS pour 2021

C) La ventilation Sécurité sociale - OCAM : un moyen d'assurer la pérennité du système

Le partage actuel du financement de la santé offre aux Français le reste à charge le plus faible d'Europe, tout en limitant le poids qui pèse sur le coût du travail¹². En France, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM)¹³ est financée à 79% par la Sécurité Sociale et l'Etat, à 14% par les Organisme Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) et à 7% directement par les ménages (reste à charge). Ce modèle hybride présente deux avantages par rapport à un modèle « Tout Sécu ». Premièrement, les OCAM interviennent lorsque la Sécurité sociale se désengage de certains soins pour de raisons financières, maintenant le reste à charge à un niveau très faible – le plus faible d'Europe (voir encadré 2). Deuxièmement, les primes d'assurances maladie ont l'avantage de ne pas peser sur le coût de l'emploi, contrairement au financement de la Sécurité sociale.

11 Évolution de la structure des recettes finançant la protection sociale – France Stratégie février 2021,

12 Même si d'une façon relative, ce coût a été augmenté par la mise en place de l'ANI qui instaurait le financement obligatoire à 50% d'une couverture par l'employeur

13 Consommation de soins et de biens médicaux

- **La présence des organismes complémentaires en concurrence constitue une garantie d'un reste à charge faible, à l'heure où la Sécurité sociale est tentée de se désengager de certaines dépenses.** Pour tenter d'enrayer le déficit chronique de la Sécurité sociale, la piste privilégiée ces dernières années a souvent été le désengagement de l'Etat sur certains soins. Que ce soit par une diminution successive du remboursement des médicaments à vignette bleue (passant de 35% à 25%), par la baisse de la prise en charge de certains dispositifs médicaux (implants, prothèses, etc.) ou le non-remboursement du transport médicalisé pour certains patients, les exemples sont légion¹⁴. Plus récemment, la réforme du « 100% santé » a prolongé cette tendance et a constitué un nouveau transfert important d'un poste de remboursement de la Sécurité sociale vers les OCAM. Engendrant un surcoût de 1,3 milliard d'euros par an pour les OCAM¹⁵, cette mesure illustre la relation existante entre les OCAM et l'Assurance Maladie, et l'importance d'un système complémentaire : lorsque l'Etat n'assure plus l'accès financiers à certains soins, les complémentaires santé prennent le relais pour maintenir l'accès à ces prestations pour les patients sans augmenter leur reste à charge. Une reprise quasi-automatique, qui est le fruit de la concurrence existante sur le marché des complémentaires, mais qui explique également la diminution tendancielle de leur taux de rendement, amputé par un champ d'action toujours plus large réalisé sans explosion des cotisations.
- **Le financement de l'assurance maladie complémentaire est neutre pour le coût facial du travail, contrairement à celui de la Sécurité sociale.** La compétition industrielle mondiale, qui s'est accrue depuis le tournant libéral des années 1980 et prend une nouvelle dimension depuis la crise de la Covid-19, impose de maîtriser le coût des emplois en place. Dans le cas d'une modification de la masse salariale, due au progrès technologique ou à la volonté d'un nombre croissant d'actifs à se tourner vers des formes de travail non-salarié, la sanctuarisation du financement de la protection sociale pourrait amener à augmenter les cotisations sur les emplois en place, amputant ainsi leur compétitivité-coût relative.

¹⁴ <https://news-assurances.com/artdossiers/assurance-sante/le-desengagement-de-la-securite-so-ciale-se-poursuit/016750226>

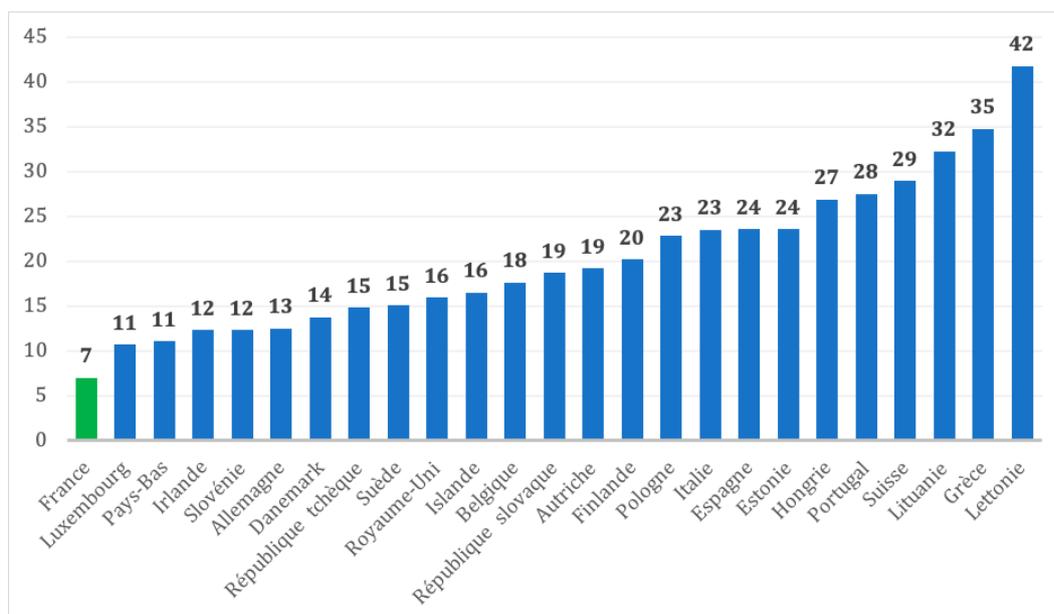
¹⁵ Baromètre 100% santé – premiers résultats du premier semestre 2021, UNOCAM, janvier 2022

Encadré 2 : Le système de santé français offre le reste à charge le plus faible d'Europe

Le partage du financement entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires d'assurance maladie aboutit au reste à charge le plus faible d'Europe. La Sécurité Sociale finance en grande partie les soins les plus coûteux : la presque totalité des soins hospitaliers (92%) et une bonne partie des soins de ville (66%), du fait du poids des soins des personnes en Affections de Longue Durée (ALD) qui représentent près de 60 % des dépenses de l'assurance maladie. L'intervention des organismes complémentaires à hauteur de 21,5% des soins de ville, 12,4% des médicaments et 39% des autres biens médicaux (optiques, dentaires, audios, médecines douces, etc.) permet aux 95% des ménages couverts de profiter d'un reste à charge extrêmement faible (7% de la CSBM contre 20% en moyenne en Europe) et aux personnes malades de pouvoir financer les dépassements d'honoraires qu'ils subissent. Les ménages sont quasiment exonérés des frais hospitaliers (2% de reste à charge) et se retrouvent ainsi à ne financer « que » 10% des soins de ville, 2% des transports sanitaires, 12% des médicaments et 15% des autres biens médicaux. Ainsi les OCAM financent en moyenne 49% des dépassement d'honoraires et pour les personnes en ALD, les dépassements tarifaires représentent plus de 70%¹⁶ de leur reste à charge, avant intervention des OCAM. Notre système est l'un des plus accessibles au monde, favorisant une forte disponibilité des soins à tous les ménages, quelque soient leurs revenus ou leur situation professionnelle.

¹⁶ Source : Etudes DREES n°1180-janv 2021 : « Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures »

**Graphique 4 – Reste à charge par ménage en Europe
(en % de la CSBM - 2019)¹⁷**



En Europe, le RAC moyen est de 20%, un niveau trois fois supérieur à celui pratiqué en France. Une performance qui fait de notre système l'un des plus accessibles au monde, favorisant une forte accessibilité des soins à tous les ménages, quelque soient leurs revenus ou leur situation professionnelle.

Le niveau du RAC semble corrélé au niveau de frais de gestion des OCAM dans les différents pays¹⁸, montrant l'efficacité d'un système hybride pour un système de santé. L'intensité concurrentielle s'exprimant entre les acteurs privés explique cette faiblesse, pour augmenter leur nombre d'assurés, les complémentaires doivent rivaliser d'ingéniosité et cela passe notamment par l'augmentation du nombre et du montant des soins remboursés. Une donnée intériorisée par la Sécurité Sociale, qui sait que lorsqu'elle se désengage du remboursement d'une prestation importante, l'intérêt du patient sera sauvegardé, car les OCAM prendront en charge cette nouvelle dépense. Si ce partage est une richesse, il n'est néanmoins pas encore utilisé à son optimum. Face au déficit chronique de l'Assurance Maladie et au risque concernant la pérennité de ses financements, force est de constater que la complémentarité entre les acteurs finançant la santé – que certains voulaient encore abattre il y a quelques semaines – pourrait être améliorée.

¹⁷ Source des données : OCDE

¹⁸ Voir : La vérité sur les frais de gestion des complémentaires, Asterès et Institut Sapiens, février 2022

Partie II – Comparaisons internationales : le mode de financement ne détermine pas la performance du système de santé d'un pays

Dans les précédentes notes de cette collection¹⁹, nous avons montré le rôle des OCAM dans le processus d'innovation en santé, dans la prévention, dans l'accès aux soins, dans la lutte contre la fraude ou encore dans l'amélioration globale de notre système de santé. Cette complémentarité, essentielle, est d'ailleurs l'une des explications aux bonnes performances de la France dans le domaine de la santé. Si d'une manière globale, notre système pointe à la 13^{ème} place du classement de l'OCDE des systèmes les plus performants²⁰, sur les segments directement liés à l'hybridation (accessibilité financière, couverture des patients), la France atteint systématiquement le podium. Les différents choix réalisés par les pays permettent alors d'évaluer la pertinence et l'efficacité d'un partage des missions entre acteurs de différentes natures. Afin d'étudier le rapport entre les performances d'un système de santé et son mode de financement, nous comparerons dans cette partie les performances de cinq systèmes de santé européens :

- Le modèle nationalisé, centralisé et non-filtré, représenté par le **Royaume-Uni**.
- Le modèle nationalisé, décentralisé et filtré, représenté par la **Suède**
- Le modèle libéral et individuel, représenté par l'**Irlande**.
- Le modèle complémentaire centralisé à deux niveaux, représenté par la **France**
- Le modèle complémentaire décentralisé à trois niveaux, représenté par les **Pays-Bas**

Ces systèmes sont représentatifs de la diversité du financement de la santé en Europe. Les pays sélectionnés dans notre panel

19 Voir les notes « [La face cachée des propositions du HCAAM](#) », « [La vérité sur les frais de gestion des complémentaires](#) », « [Le rôle des complémentaires dans le processus d'innovation](#) », « [Prendre le virage de la prévention](#) » publiées par Asterès et l'Institut Sapiens en partenariat avec AÉSIO mutuelle entre février et avril 2022

20 Voir : Sécuriser et améliorer notre système de santé, Institut Sapiens, septembre 2020

répondent à deux critères : ils doivent chacun représenter un modèle de financement existant et être les plus performants des pays leur sous-ensemble. Cette sélection s'est ainsi faite sur la base de nos travaux précédents, où nous avons évalué la performance en santé des pays de l'OCDE²¹ sur plusieurs dimensions, pour évaluer le lien entre la performance d'un système et sa matrice de financement.

Ici, la performance de ces cinq systèmes est évaluée en prenant en compte quatre dimensions : la qualité des soins, l'accessibilité financière, l'accessibilité géographique, et la prévention.

A) Qualité des soins

En matière de qualité des soins, le système suédois arrive en tête du classement, devant les Pays-Bas et la France. Six indicateurs sont utilisés pour juger de la qualité des soins : l'espérance de vie à la naissance, l'efficacité des soins primaire, le taux d'admission évitables pour les maladies chroniques, les années de vies perdues chaque année, les décès dus au cancer, et les besoins en santé non satisfaits de la population. En prenant en compte ces critères, c'est le système suédois qui semble offrir les soins de meilleure qualité, devant les Pays-Bas et la France. Il est intéressant de noter que la Suède et les Pays-Bas, qui ont en commun une forte décentralisation, présentent tous deux de bons résultats.

	France	Irlande	Pays-Bas	Suède	Royaume-Uni
Espérance de vie à la naissance (2019 ou année la plus proche)	82,90	82,80	82,20	83,20	81,40
Efficacité des soins primaires (Admissions évitables pour 100 000 personnes – 2019 ou année la plus proche)	150,00	329,00	236,00	169,00	281,00
Admissions évitables pour maladies chroniques (taux pour 100 000 habitants – 2019 ou année la plus proche)	150,55	77,54	59,22	79,32	74,21
Années potentielles de vie perdues, toutes les causes de décès, par 100 000 habitants (Hors causes externes – 2019 ou l'année la plus proche)	3 431,30	2 984,70	3 061,70	2 485,10	3 463,80
Décès dus au cancer (pour 100.000 personnes – 2020 ou année la plus proche)	196,80	219,20	217,70	180,00	216,40
Besoins auto-déclarés d'examen ou de traitement médical non satisfaits (2019)	2,60	2,10	0,20	1,50	4,50
Classement moyen	3ème	4ème	2ème	1er	5ème

21 idem

B) Accessibilité financière et couverture

Le système français est celui qui offre la meilleure accessibilité financière et couverture du panel, devant les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Les trois indicateurs utilisés pour mesurer l'accessibilité financière et la couverture sont le reste à charge en pourcentage de la consommation finale, le reste à charge en pourcentage de la CSBM, et le taux de couverture pour les soins primaires. Arrive en deuxième position les Pays-Bas, suivi du Royaume-Uni. Les deux modèles proposant une complémentarité des acteurs (France et Pays-Bas) affichent une meilleure performance en matière d'accessibilité financière que les systèmes nationalisés (Suède et Royaume-Uni) ou libéraux du panel (Irlande).

	France	Irlande	Pays-Bas	Suède	Royaume-Uni
RAC en % de la consommation finale	2,04	2,77	2,57	3,84	2,44
RAC en % de la CSBM	6,90	12,28	10,78	14,81	15,96
Couverture pour les soins primaires (% de la population)	89,00	75,00	75,00	64,00	76,00
Classement moyen	1^{er}	4^{ème}	2^{ème}	5^{ème}	3^{ème}

C) Accessibilité géographique

Les Pays-Bas arrivent en tête du classement sur l'accessibilité géographique des soins, devant la France et la Suède. L'accessibilité géographique des soins est évaluée à travers trois indicateurs : la densité de médecins et de personnels infirmiers, le nombre de lits d'hôpitaux à disposition de la population, ainsi que la satisfaction de la population sur la disponibilité (géographique et temporelle) des soins de qualité. Le mode de financement ne semble pas influencer l'accessibilité géographique puisque des modèles aussi éloignés que la France et la Suède se classent *ex-aequo*, alors que la Royaume-Uni et la Suède, qui se caractérisent tous deux par un financement nationalisé de leur système de santé, affichent des performances très disparates. L'accessibilité pourrait ainsi profiter de deux éléments distincts dans le financement, à savoir la complémentarité et la décentralisation.

	France	Irlande	Pays-Bas	Suède	Royaume-Uni
Médecins en exercice (Densité pour 1 000 habitants (effectifs employés - 2019))	3,20	3,10	3,60	4,10	2,80
Personnels infirmiers en exercice (Densité pour 1 000 habitants (effectifs employés),2019)	10,51	12,23	10,92	10,90	7,89
Nombre de lits d'hôpitaux par 1 000 habitants (2019 ou plus proche)	5,98	3,00	3,32	2,22	2,54
Satisfaction de la population sur la disponibilité proche de soins de qualité (% de la population)	71%	66%	92%	82%	75%
Classement moyen	2^{ème}	4^{ème}	1^{er}	2^{ème}	5^{ème}

D) Prévention

En ce qui concerne la prévention, le modèle suédois est le plus performant du panel, suivi des Pays-Bas et de l'Irlande. La France se classe à l'avant dernière position malgré les efforts consentis dans ce domaine. La performance des différents systèmes en matière de prévention primaire, qui est la responsabilité des acteurs publiques, est évaluée à partir de quatre indicateurs : le nombre de fumeurs quotidiens, la part des personnes atteintes d'obésité, la consommation d'alcool ou encore la part d'enfants ayant reçu le vaccin DTC. Les deux systèmes décentralisés du panel (Suède et Pays-Bas) arrivent en tête de ce classement. Malgré les 8,2 milliards € alloués chaque année à la prévention, la France sous-performe en prévention primaire et se classe à l'avant dernière position²². La Suède et les Pays-Bas étaient premiers de ce classement, à l'inverse du Royaume-Uni et de la France, il semble y avoir une prime à la décentralisation pour la performance en prévention. Une donnée qui va dans le sens de nos précédents travaux dans le domaine²³.

²² Voir nos propositions dans « prendre le virage de la prévention », Asterès et Institut Sapiens, avril 2022

²³ Idem

	France	Irlande	Pays-Bas	Suède	Royaume-Uni
Consommation de tabac (% population âgée 15+ fumant quotidiennement)	25,40	17,00	16,80	10,40	17,20
Consommation d'alcool (litres per capita 15+)	11,70	11,20	8,30	7,10	9,70
Surpoids et obésité (population avec l'IMC ≥ 25, % population âgée 15+)	49,00	62,00	47,30	48,20	64,30
Pourcentage d'enfants vaccinés contre diphtérie, tétanos, coqueluche (2018 ou plus récente)	96,00	95,00	93,00	97,00	94,00
Classement moyen	4^{ème}	3^{ème}	2^{ème}	1^{er}	5^{ème}

E) Synthèse des classements

Le modèle de financement privilégiant la complémentarité des acteurs (France et Pays-Bas) arrive en tête de notre classement.

La Suède arrive en troisième position, devant l'Irlande et le Royaume-Uni. La position de ce dernier pourrait illustrer la faiblesse d'un modèle nationalisé centralisé et non-filtré sur ses performances en santé. Cela pourrait incarner les effets potentiels d'une mesure de type « grande Sécu ». L'amélioration du système français ne semble donc passer par la mise en place d'une articulation plus fluide entre les acteurs en place (Pays-Bas).

	France	Irlande	Pays-Bas	Suède	Royaume-Uni
Qualité	3	4	2	1	5
Accessibilité financière et couverture	1	4	2	5	4
Accessibilité géographique	2	3	1	2	5
Prévention	4	3	2	1	5
Total	2	4	1	3	5

Partie III – Les pistes d'évolution du partage du financement de la santé : faire davantage participer les OCAM et investir dans le système de santé

Le véritable enjeu d'avenir auquel nous sommes confrontés est d'améliorer notre système de santé pour lui permettre de répondre efficacement aux défis s'offrant à lui, tout en garantissant sa pérennité et sa stabilité, sans nuire à la compétitivité des emplois français. Cela passera principalement par un renforcement de l'existant, plutôt que par une révolution copernicienne. La complémentarité des acteurs est la force de notre système, celle sur laquelle il convient de capitaliser pour opérer cette transformation de la meilleure des façons.

L'avalanche réglementaire qui a frappé les complémentaires depuis des années (Loi Evin, ANI, demain PSC, RIA,), a créé une démutualisation entre le marché individuel, essentiellement représenté par les retraités, et les contrats collectifs à adhésion obligatoire (souscrits par l'employeur au profit des salariés et bientôt des agents publics). Cette démutualisation provoque une inégalité de traitement en créant deux compartiments d'assurés hétérogènes : actifs et non actifs. On détruit ainsi le principe même de la mutualisation des risques, en isolant les personnes retraitées vieillissantes, plus consommatrices de soins, au sein de contrats individuels. Dans le même temps, les actifs, par définition plus jeunes et moins consommateurs, peuvent bénéficier de prix moins élevés pour des garanties plus couvrantes, au sein de contrats collectifs. L'évolution que nous proposons doit ainsi passer par une meilleure répartition des missions entre RO et RC et enfin par l'optimisation des dépenses actuelles pour financer les investissements essentiels.

A) Le partage entre régime obligatoire et régime complémentaire : accorder davantage d'importance aux OCAM

Le partage des risques entre les organismes complémentaires et obligatoires doit être repensé. La décentralisation étant un gage

de qualité pour les patients (voir partie II), il faut qu'elle devienne un horizon à atteindre. Une manière d'y parvenir est d'alléger les contraintes pesant sur les OCAM et de favoriser leur intervention :

- **Repenser le partage des risques entre les organismes complémentaires et obligatoires.** Il existe aujourd'hui un consensus sur le fait que l'unique financeur des plus malades doit être la Sécurité sociale, alors que celle-ci consacre déjà 60% de ses dépenses aux ALD et que les complémentaires santé soient limitées, pour ces derniers, dans la prise en charge des dépassements d'honoraires et dans les soins dits « de confort » non-remboursables. Il semble, en conséquence intéressant de questionner ce dogme, pour partager la dépense et retrouver la complémentarité entre l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaire santé à l'aube de l'évolution de la tarification des soins de santé dans le cadre de l'hospitalisation et des ALD, vers un mix paiement à l'acte et paiement forfaitaire. Aussi faudrait-il réfléchir à une répartition de cette charge entre les acteurs et avec les complémentaires santé, au travers de l'élargissement du panier de soins, de l'accompagnement en sortie d'hôpital, de la prise en charge de soins supplémentaires, d'un partage de la prévention tertiaire (télésurveillance, éducation thérapeutique du patient) avec les complémentaires. Le but de cette transformation de la tarification est d'éviter l'aggravation des maladies chroniques, les hospitalisations inopinées et les va-et-vient à l'hôpital parce que le retour à la maison s'est mal passé. Élargir les populations auxquelles ces services sont offerts et /ou les paniers de soins objets des financements forfaitaires, permettrait d'accélérer la transformation du financement du système de santé, afin de sortir des déficits et d'améliorer l'efficacité. Il en est de même la prise en charge de l'hôpital dans le cadre des forfaits épisodes de soins.
- **Remettre à plat la logique du contrat responsable.** Ce dernier confine les complémentaire dans le « petit risque » et les oblige à couvrir pour tout le monde (et sans critères sociaux) des dépenses de santé de quelques centaines d'euros que de nombreuses personnes actives et en bonne santé peuvent supporter – alors que de nombreux patients peinent à supporter des restes à charge de plusieurs milliers d'euros face à des coups durs qui entraînent souvent un arrêt ou une réduction d'activité. Il n'est pas question de remettre en question les garanties d'accès aux soins en optique, dentaire et appareillage des plus fragiles : c'est un enjeu de santé publique et de solidarité. Mais cette obligation devrait varier en fonction

des situations. Des véhicules permettent déjà l'accès aux soins de « petit risque » pour les plus démunis (CMU-C, ACS, CSS) et se renforcent d'année en année. Quel est l'intérêt d'en généraliser les contraintes et obligations pour tous, au détriment d'un financement plus efficient des coups durs ? Il faudrait ainsi desserrer certaines contraintes de prise en charge sur certains postes, comme l'optique.

- **Permettre aux complémentaires d'expérimenter.** Elles pourront le faire en complément des évolutions du remboursement de l'Assurance maladie, des prises en charge innovantes, comme la téléconsultation par plateforme, qui n'est finalement pas un autre modèle que celui utilisé chaque jour par les plateformes gérant les urgences, notamment lors de la crise sanitaire : prise d'appel, écoute, repérage de la symptomatologie, triage, diagnostic, prescription et orientation. En parallèle, il faudra favoriser un accès simplifié aux données de santé pour les OCAM. Il faut cesser de limiter l'accès aux données anonymisées du Health data hub, qui sont indispensables pour mener des études pertinentes et permettre ainsi aux acteurs de la santé d'améliorer leur intervention auprès des usagers les plus lourds dans le cadre de la gestion du risque. Cela leur permettra ainsi de réaliser des économies de structure, de développer une approche plus personnalisée et plus fine de la santé et donc d'optimiser les dépenses actuelles.
- **Réviser la loi Leroux²⁴.** Cela pourrait permettre aux organismes complémentaires de contractualiser avec les médecins, afin de pouvoir intervenir de manière efficiente et complémentaire dans le financement par exemple des prestations de prévention, de suivi, qu'ils ne fournissent pas ou peu aujourd'hui faute de rémunération.

B) Les investissements dans le système de santé : optimiser les dépenses, prendre le virage de la prévention et généraliser la couverture dépendance

Pour répondre efficacement aux différents défis en santé, notre système de santé doit être soutenu par un effort financier important, évalué à hauteur de 2,3% du PIB selon l'OMS (57 milliards

²⁴ Loi Leroux - Loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014. Elle autorise les mutuelles à pratiquer des remboursements différenciés au sein de leurs réseaux de soins (c'était déjà le cas pour les assureurs privés et les institutions de prévoyance) mais prévoit également que les conventions passées avec les professionnels de santé autres que les opticiens, les dentistes et les audioprothésistes ne peuvent pas être l'objet de négociations tarifaires

d'euros) d'ici à 10 ans. C'est presque le triple de l'effort qui a été réalisé dans le cadre du Ségur de la santé, en 2021²⁵. Pour dégager les marges nécessaires, là aussi la coopération entre les acteurs en place est essentielle, que ce soit pour rationaliser les dépenses actuelles ou pour financer celles à venir.

- **Augmenter la coopération entre la Sécurité Sociale et les OCAM pour optimiser les dépenses.** L'OCDE estime à 20% le volume des actes « non-pertinents » réalisés en France. Une défaillance qui entraîne près de 40 milliards d'euros de pertes chaque année pour notre système et qui pourrait être jugulée par des discussions accrues entre les OCAM, la Sécurité Sociale, mais aussi les sociétés savantes et les autorités de tutelle, pour interroger la pertinence des actes réalisés, et dégager des marges de manœuvres financières nécessaires au financement des défis s'offrant à nous.
- **S'appuyer sur les contrats à impact pour financer l'innovation et la prévention en santé.** Le contrat à impact est un dispositif favorisant le déploiement des solutions innovantes aux problèmes sociaux et environnementaux. Concrètement, le contrat à impact est un partenariat public-privé sur des problématiques sociales et environnementales précises. Les pouvoirs publics lancent des appels à projets, auxquels les acteurs de l'économie sociale et solidaire (associations, entrepreneurs sociaux, fondations, coopératives, mutuelles, institutions de prévoyance) peuvent répondre. Les projets retenus sont financés par un ou des investisseurs publics et / ou privés (par exemple OCAM) et mis en œuvre par l'opérateur de l'économie sociale. Les fonds engagés et les intérêts sont ensuite remboursés par l'Etat si – et seulement si – les objectifs fixés par le contrat à impact ont été atteints par l'opérateur sélectionné via l'appel à projets, après évaluation par un organisme indépendant. Le dispositif des contrats à impact pourrait être élargi aux projets de prévention en santé pour inciter les OCAM à investir et permettrait la mise en œuvre d'une véritable sélection et évaluation des actions de prévention à impact sur la santé. Pour les raisons précédemment explicitées, les projets pourraient de manière préférable, porter sur la prévention tertiaire.
- **Inclure les OCAM dans la réflexion autour de l'évolution de la tarification et de la rémunération des épisodes et des parcours de soins.** Une profonde réforme est en cours de

25 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/211019_-_dp_national_-_segur_de_la_sante_sur_les_investissements.pdf

généralisation concernant l'amélioration des actions de prévention tertiaire : le passage de la tarification à l'activité à un mix activité-forfait pour la rémunération du suivi des maladies chroniques et des personnes en sortie d'hospitalisation, et le passage au forfait à l'épisode de soins pour le suivi ambulatoire post-hospitalier. Cette réforme pourrait constituer un rôle renouvelé pour les complémentaires santé en matière de prévention tertiaire dans la mesure où le mode de rémunération forfaitaire est prévu pour faire diminuer le nombre d'actes et, in fine, les dépassements d'honoraires – qui pèsent lourd dans les dépenses des assurés malades. En outre, le contenu des paniers de soins et de services d'accompagnement de ces forfaits a vocation à être élargi : d'une part à des personnes dans un état moins grave que celui aujourd'hui prévu et d'autre part à des actions aujourd'hui non prévues (éducation thérapeutique du patient, l'activité physique adaptée, la nutrition, la lutte contre les addictions, médecines complémentaires, etc.). Ce changement de paradigme permettrait d'intégrer pleinement les OCAM à la prise en charge du gros risque, à condition qu'un certain nombre de barrières réglementaires soient levées : l'accès aux données de santé (pour pouvoir cibler et personnaliser les actions), la contractualisation avec les médecins sur la tarification, et l'instauration d'un dialogue tripartite constructif entre l'Assurance maladie, les complémentaires santé et les professions et établissements de santé pour définir ces paniers et l'évaluation de leur efficacité.

- **Généraliser la couverture dépendance totale.** Selon l'INSEE, il y aura, à l'horizon 2040, 15% de la population qui sera âgée de plus de 75 ans. L'allongement spectaculaire de l'espérance de vie doit s'accompagner de mesures favorisant l'accompagnement de la dépendance. A ce titre, la proposition de la FFA et la Mutualité Française d'intégrer une garantie autonomie dans un nouveau contrat de complémentaire santé responsable, proposé à un tarif unique à tous les cotisants, pourrait être une piste à explorer. Intégrant une rente viagère versée en cas de dépendance totale, cette assurance comprendrait également une gamme étendue de services et de possibilités d'accompagnement pour aider les soignants et les aidants. La mise en place de cette assurance d'un nouveau genre pourrait ainsi être une façon pour les assurés de préparer au mieux leur dépendance, et constituerait ainsi une façon d'alléger les dépenses à venir pour la Sécurité Sociale sur ce poste.

Conclusion

Les besoins en financement du système sont colossaux (modernisation des hôpitaux, accompagnement de la dépendance, développement de l'innovation en santé, etc.) et l'OMS estime que nos dépenses de santé doivent augmenter de 2,3% du PIB d'ici à 2030 pour répondre à ces défis. Nous devons engager une réflexion sur la pertinence des dépenses actuelles pour dégager des marges de manœuvre nécessaires au financement de ces défis, tout en favorisant un financement pluriel et partagé de toutes les dépenses de santé (y compris ALD). L'avenir du système français de santé et la sauvegarde de tous ses avantages ne passera que par un renforcement de la complémentarité des acteurs en place. La volonté politique d'instaurer une nationalisation complète du financement des soins, ou de cornériser les complémentaires sur le petit risque serait délétère à terme pour notre système et pour les patients. Cette nouvelle clé de partage doit également s'accompagner d'une réflexion systémique sur les voies de financement de la Sécurité Sociale (produit des différentes taxes, taux de CSG, etc.). La majorité de son assiette de financement reposant sur une base élastique, il convient de l'agrandir au maximum. Pour ce faire, la question du basculement complet des cotisations maladie vers la CSG pourrait être posée dans le cadre des futures assises de la santé, annoncées par le président de la République et devant s'ouvrir à l'automne prochain. Cette réforme, mettant à contribution les inactifs dans le financement de la Sécurité Sociale, paraît indispensable pour la pérennité de notre système de santé, et la sauvegarde de tout ce qui le caractérise. Il convient néanmoins de l'accompagner de mesures reprenant notamment ce qui faisait le sel de notre système bismarckien, à savoir l'implication des partenaires sociaux dans la gestion démocratique de notre système de protection sociale.

