

QUEL AVENIR POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS ET SON FINANCEMENT ?



SOMMAIRE

1. LA PROMESSE DE LA RÉFORME	2
2. L'INSTITUT SANTÉ	3
Nos trois objectifs EN SANTÉ	3
3. LE DIAGNOSTIC À PARTAGER sur la santé en France	5
La triple transition impose la réforme	5
La nature systémique de la crise	7
Comment agir ?	8
4. QUOI FAIRE ?	9
Les 3 piliers de la réforme	9
Le pilier Stratégique: REPENSER la gestion du risque EN SANTÉ	10
Le pilier Économique & Social: Piloter les ressources à partir des besoins	11
Le pilier Politique: Renforcer la citoyenneté sociale en santé	12
Les 3 axes de la déclinaison de la réforme	13
La réforme de l'organisation des acteurs	13
Le service public territorial de santé	13
Un contrat thérapeutique pour les patients souffrants d'affections de longue durée (ALD) reconnues	15
Une réforme structurelle de la régulation du médicament	16
La réforme de la gouvernance : Une gouvernance adaptée au modèle de santé globale	17
Une vision de long terme pour piloter la santé	17
Un État stratège	17
L'assureur public, financeur solidaire et pilote de l'opérationnel	18
La réforme du financement : Un financement adapté aux nouveaux enjeux	18
Un compte personnel de prévention pour chaque citoyen (ne)	21
5. QUELS BÉNÉFICES ?	22
Pour les citoyens	22
Pour les professionnels de santé	22
Pour les industries de santé	24
Pour la collectivité	24
6. QUEL CALENDRIER POLITIQUE ?	25
RENTRÉE 2025	25
Septembre - décembre 2025	25
Premier trimestre 2026	25
Deuxième semestre 2026	25
7. CONCLUSION	26

PRÉAMBULE

Ce document a vocation à reprendre les idées forces de la réforme globale de notre système de santé conçue par l'Institut Santé entre 2018 et 2024.

1. LA PROMESSE DE LA RÉFORME

Rénover un système de santé universel et solidaire à la française revient à relever le triple défi démographique, épidémiologique et technologique du XXIème siècle. Cela exige un système:

- Performant aussi bien sur **le maintien en bonne santé** de la population, que sur **les soins individuels** ;
- Qui vise **l'excellence permanente** par une culture d'amélioration continue (organisation centrée sur le patient, valoriser la qualité et non le volume, retour d'expérience), en investissant dans les professionnels de santé (formation continue, carrières évolutives, leadership participatif), en priorisant l'innovation organisationnelle et technologique (logique de parcours, soins intégrés, santé numérique, accès au marché rapide des innovations), en renforçant la citoyenneté sanitaire (gouvernance et participation citoyenne), en pilotant le système à partir des données et de la science (renforcer la recherche clinique et translationnelle), et par une vision systémique et durable (soutenir prévention et santé publique, mesurer la performance à long terme) ;
- Dont les **industries de santé** sont redevenues parmi les plus performantes au monde et sont incitées à rechercher, à développer et à produire une part suffisante des produits de santé en France et en Europe pour garantir les meilleures chances à tous et permettre une souveraineté nationale solide.

C'est possible, et sur le court terme !

2. L'INSTITUT SANTÉ

Créé en 2018 par Frédéric Bizard sur une base associative, l'Institut Santé est un **centre de recherche appliquée** dédié à la rénovation des systèmes de protection sociale en France, dont le système de santé.

C'est une démarche citoyenne, indépendante, interdisciplinaire et transpartisane politiquement, destinée à créer les conditions de la réussite de cette rénovation. La méthodologie est basée sur l'association d'une utilisation exhaustive des données scientifiques (approche déductive) et des expériences opérationnelles des professionnels (approche inductive).

Chaque travail fait l'objet de conférences de consensus réunissant les différentes sensibilités et parties prenantes du système concerné, nourrissant un processus dynamique d'intelligence collective. L'Institut est structuré sous forme d'une association (loi 1901) doté d'un bureau et d'un Conseil d'orientation stratégique.

A ce jour, l'Institut a produit un programme abouti de rénovation pour [le système de santé](#) et le système de gestion de [l'autonomie des personnes âgées](#) en France.

L'Institut promeut ses travaux à l'ensemble des instances professionnelles & syndicales, des responsables politiques intéressés par la rénovation de notre modèle social, et auprès de la sphère médiatique.

www.institut-sante.org

NOS TROIS OBJECTIFS EN SANTÉ

Deux des trois objectifs de l'Institut sont atteints à ce stade en santé :

- Le 1^{er} était de construire en interne une première plateforme de refondation, à travers six groupes de travail. Il fallait construire les fondamentaux de la refondation, les fondations de la refondation !

*Publication d'un livre en 2020 :
« Et alors la réforme globale de la santé, c'est pour quand ? »*



- Le 2^{ème} était de partager ce contenu et de l'améliorer à travers des conférences de consensus avec les principales parties prenantes du système : professionnels de santé, chercheurs, industriels de la santé, maires, conseils départementaux, conseils régionaux, préfets...

*Ce travail a conduit à une deuxième plateforme publiée en 2022 :
« L'autonomie solidaire en santé »*



- Le 3^{ème} objectif est en cours : c'est la phase de promotion et de pédagogie de la réforme, qui impose une conceptualisation des idées, une projection dans la vie réelle des citoyens pour que chacun puisse matérialiser cette réforme.

*Publication d'un roman politique fin 2024 :
« Les itinérants de la santé.
Quel futur pour notre système de santé ? »*

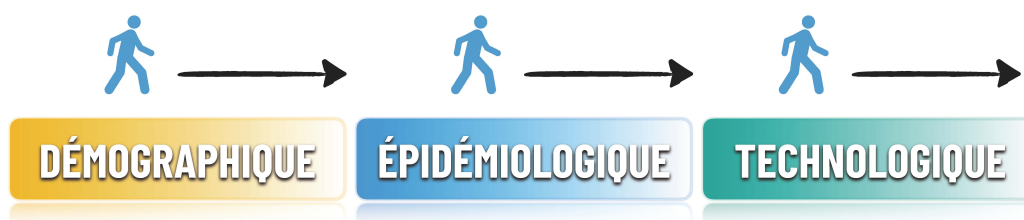


*C'est la phase d'appropriation de la réforme par le plus grand nombre
et de sa **mise en place par le gouvernement en place.***



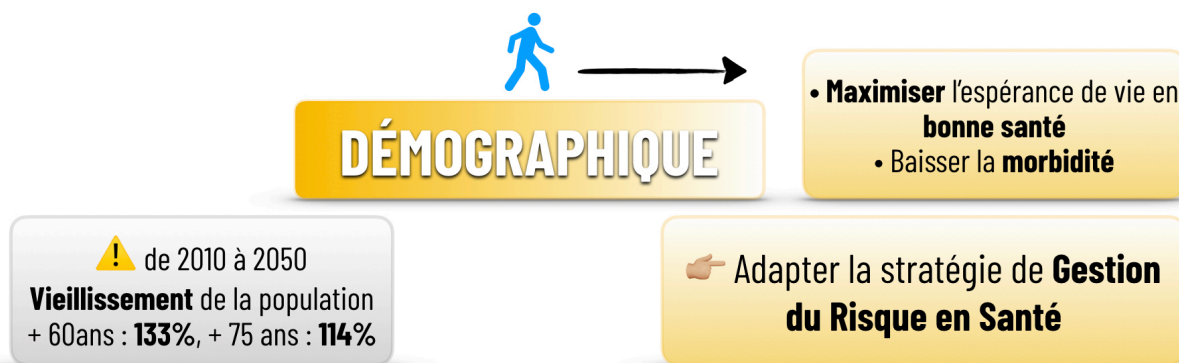
3. LE DIAGNOSTIC À PARTAGER SUR LA SANTÉ EN FRANCE

LA TRIPLE TRANSITION IMPOSE LA RÉFORME

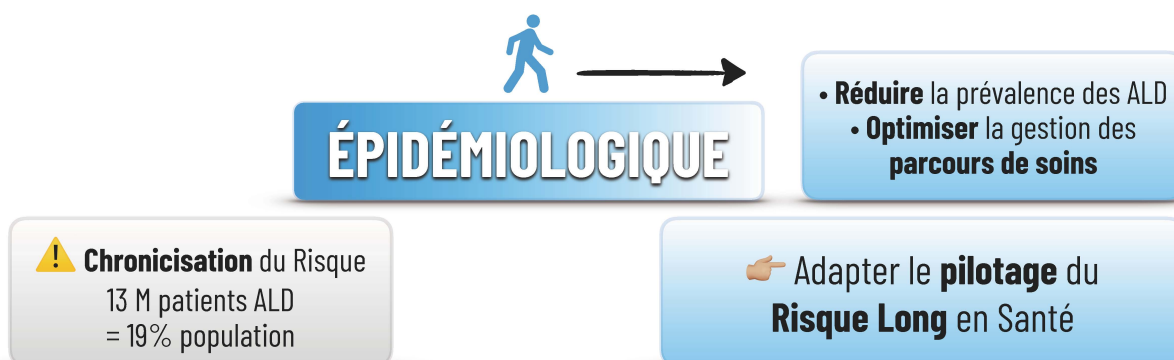


C'est la triple transition démographique, épidémiologique et technologique qui impose une réforme systémique, qui se manifeste de la façon suivante :

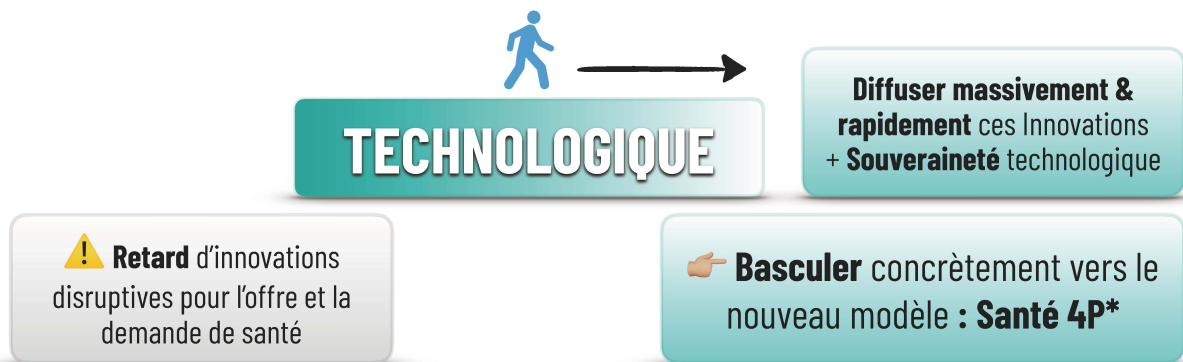
- **Le vieillissement accéléré** — en mauvaise santé à ce stade — de la démographie depuis 2010 avec les boomers de plus de 60 ans et la hausse de l'espérance de vie.



- **La chronicisation** des pathologies (20% de la population en ALD porte 80% de la hausse des dépenses) permise par les innovations thérapeutiques et le progrès médical ;



- **La révolution technologique** transforme tout le process de production, tout le process de transmission des données et la communication entre les acteurs. La santé est au cœur de plusieurs révolutions technologiques (IA, numérique, biothérapie, nanotechnologies, robots) dont le nouveau système doit tirer parti.



Notre système de santé, construit avant ces transitions, n'a été pensé

- ni pour maximiser l'espérance de vie en bonne santé (s'occuper de la santé des bien portants),
- ni pour gérer des parcours de patients chroniques,
- ni pour diffuser massivement un flux élevé d'innovations technologiques.

*Un tel système ne peut que dysfonctionner dans ce nouvel environnement,
... il est **naturellement** en crise.*

En théorie, ces trois transitions sont des avancées, des opportunités pour la santé, pour le progrès humain, pour l'humanité. En pratique, elles sont subies par un système de santé inadapté pour les gérer, et une population qui doute de la capacité de la société à retrouver un système de santé performant.

Notre système de soins a été performant dans l'environnement du XXème siècle. En revanche , il ne peut plus l'être sans adaptation structurelle au XXIème siècle, que ce soit au niveau de ses services, de son industrie et de sa recherche, malgré une hausse sensible des ressources dédiées.



LA NATURE SYSTÉMIQUE DE LA CRISE

Notre pays n'a jamais eu dans son histoire autant de ressources humaines, financières et d'innovations technologiques à disposition pour la santé de nos concitoyens.

A l'échelle globale, cette crise du système ne peut donc pas se résumer à une crise de moyens, même s'il existe un problème **d'allocation de ces ressources (efficacité allocative)**, et aussi de **bonne gestion de ces ressources (efficacité productive)**.

Si ce n'est pas une crise de ressources, c'est une crise d'une autre nature, que l'on appelle une crise systémique, de structuration du système social, ici de santé. On parle de crise **structurelle**. Elle s'est étendue dans **les services, l'industrie et la recherche**.

Cette crise structurelle est la résultante de **l'inadaptation du modèle pour gérer la santé post-triple transition**. Le système actuel n'a réussi ni le virage préventif, ni le virage ambulatoire qui sont deux clés de voute du nouveau modèle. C'est donc bien un **problème d'inadaptation d'un système à son environnement**.

La seule voie de sortie de crise est donc de nature systémique !

C'est plutôt une bonne nouvelle pour deux raisons :

- La contrainte des finances publiques à court et moyen terme n'est pas un frein: car c'est d'abord un sujet de bonne allocation des ressources, et les gains d'efficacité sont massifs en restructurant,
- et la capacité de rebond rapide du système est réelle: les ressources longues et de qualité (professionnels de santé, établissements, industriels) existent dans le système.

*La crise de la santé est une crise de bonne utilisation, de bonne allocation de ces ressources.
Il faut donc revoir prioritairement leur organisation, leur gouvernance et leur architecture de financement.*

Les pouvoirs publics ont agi ces dernières années¹, mais sont restés sur le paradigme des soins aigus individuels du XXème siècle. Sans vision globale par rapport à la triple transition, les évolutions ont eu un faible impact.

- Le virage étatique initiée en 1996 et accéléré à la fin des années 2000, et la focalisation des efforts sur l'optimisation (technocratique) de l'organisation médicale (recherche de gains d'efficience) des années 2010 et 2020 ont montré leurs limites.

Les vrais enjeux de la réforme sont de nature stratégique, économique, social et politique.

Un diagnostic **partagé par le plus grand nombre ... et peu par les dirigeants**, qui restent focalisés sur l'esprit des réformes passées ... sans changement de paradigme !

Pourtant, les Français subissent au quotidien la crise — désertification, pénurie de médicaments, crise des urgences hospitalières —, et souhaitent faire de cette réforme systémique une des 3 priorités politiques.

COMMENT AGIR ?

La réponse à cette mutation depuis 2000 a été :

- de renforcer le contrôle bureaucratique de l'État sur l'Assurance Maladie et sur les soignants pas les agences,
- de conserver la stratégie curative (pas de virage préventif) — 98% des dépenses,
- de maintenir la dominance hospitalière (pas de virage ambulatoire) — 50% des dépenses publiques,
- et d'augmenter les moyens financiers — +65 Mrds € ONDAM (+33%) entre 2019 et 2025 / 11,8% du PIB, top 3 dans le monde.

*La réforme proposée construit un nouveau modèle qui s'appuie sur **trois piliers porteurs**, qui se décline en intégrant **l'ensemble des acteurs existants** et en **respectant les fondamentaux des valeurs de 1945** (universalité, solidarité, liberté, égalité des chances, responsabilité).*

¹ lois en 2004, 2009, 2016, 2019, Ségur 2020

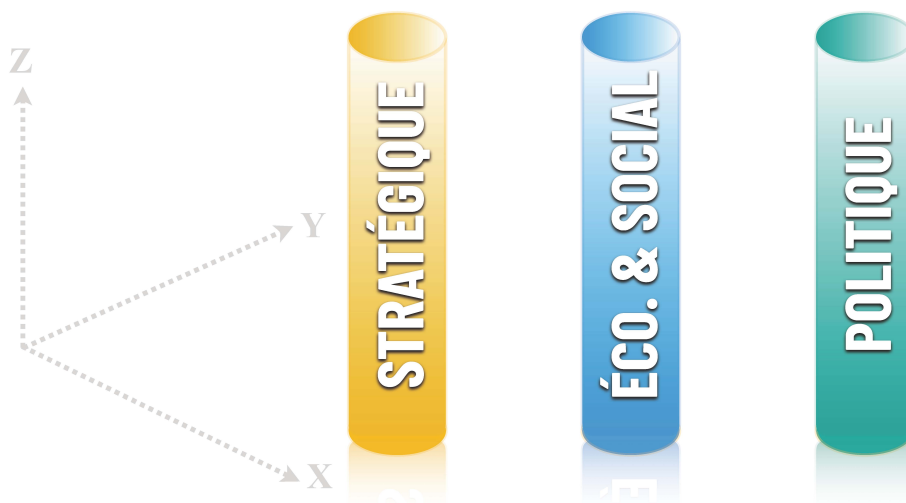
4. QUOI FAIRE ?

LES 3 PILIERS DE LA RÉFORME

Ces trois piliers porteurs symbolisent les trois avancées à réaliser, les trois objectifs à atteindre pour réussir la réforme.

Ils sont de trois ordres :

- **Stratégique**: Repenser la gestion du risque,
- **Économique et social** : Piloter les ressources à partir des besoins,
- **Politique**: Renforcer la citoyenneté sociale en santé.



Ces 3 piliers sont à décliner selon trois axes

liés :

1 – l'organisation des acteurs / 2 – la gouvernance / 3 – le financement du système.

LE PILIER STRATÉGIQUE: REPENSER LA GESTION DU RISQUE EN SANTÉ

C'est celui qui fera évoluer notre système de soins vers un système de santé globale, performant sur les personnes bien-portantes tout autant que sur les malades.

Elargir la focale de la gestion du risque en santé centrée aujourd'hui sur la personne malade vers l'amont du risque, sur la personne bien-portante, en identifiant les plus fragiles.

C'est un **changement de paradigme dans la gestion du risque**. C'est ce qui a été fait pour le travail en 2018, en investissant en amont du risque par le plan PIC de 15 Mrds €.

C'est le même mouvement à réaliser en santé. Ce plan a généré une baisse structurelle du chômage, il génèrera une baisse structurelle de la demande de soins par une amélioration de l'état de santé de la population (baisse de la prévalence des ALD).

C'est le concept **d'investissement social dans le capital humain**, qui maximisera **l'efficacité de la protection sociale au XXIème siècle**, ici maximisera l'espérance de vie en bonne santé de toutes les classes sociales, en particulier des personnes défavorisées, ce qui réduira les inégalités sociales de santé.

La santé, comme la formation est un **facteur de production et donc de croissance** économique, et un facteur de bien-être, donc de réduction des inégalités sociales. Cet investissement social **optimisera l'impact du système de santé dans la société**.



LE PILIER ÉCONOMIQUE & SOCIAL: PILOTER LES RESSOURCES À PARTIR DES BESOINS

C'est l'évolution d'un pilotage actuel du système à partir de l'offre, approche du XXème siècle, **vers un pilotage à partir de la demande, instaurant une médecine (préventive et curative) de parcours guidée par les données.**

Pour cela, il est nécessaire:

- De **territorialiser le pilotage opérationnel** de la santé pour structurer les parcours au sein d'un territoire défini et commun à tous les acteurs ;
- De décloisonner l'organisation des acteurs par **une délégation de service public et une responsabilité populationnelle** commune à tous les soignants du public et du privé, quel que soit leur statut et leur secteur (égalité des droits et devoirs) ;
- De **personnaliser la réponse apportée** aux besoins de santé aussi bien pour les bien-portants (compte personnel de prévention) que pour les personnes souffrant d'affections de longue durée (contrat thérapeutique) ;

Le système s'adaptera à l'évolution des besoins de santé publique — en les hiérarchisant (fixer des objectifs, évaluer) — dans sa stratégie, dans sa gouvernance, dans la gestion qualitative et quantitative des ressources humaines et dans son financement.

C'est l'installation du citoyen comme pilote de la gestion du risque, et un pilotage du système à partir des **besoins de santé publique.**



LE PILIER POLITIQUE: RENFORCER LA CITOYENNETÉ SOCIALE EN SANTÉ

Une protection sociale efficace au XXIème siècle est une protection sociale active, qui donne à chacun les capacités d'optimiser la gestion de son risque, ici de rester en bonne santé le plus longtemps possible et d'être bien soigné.

Renforcer la citoyenneté sociale en santé exige de :

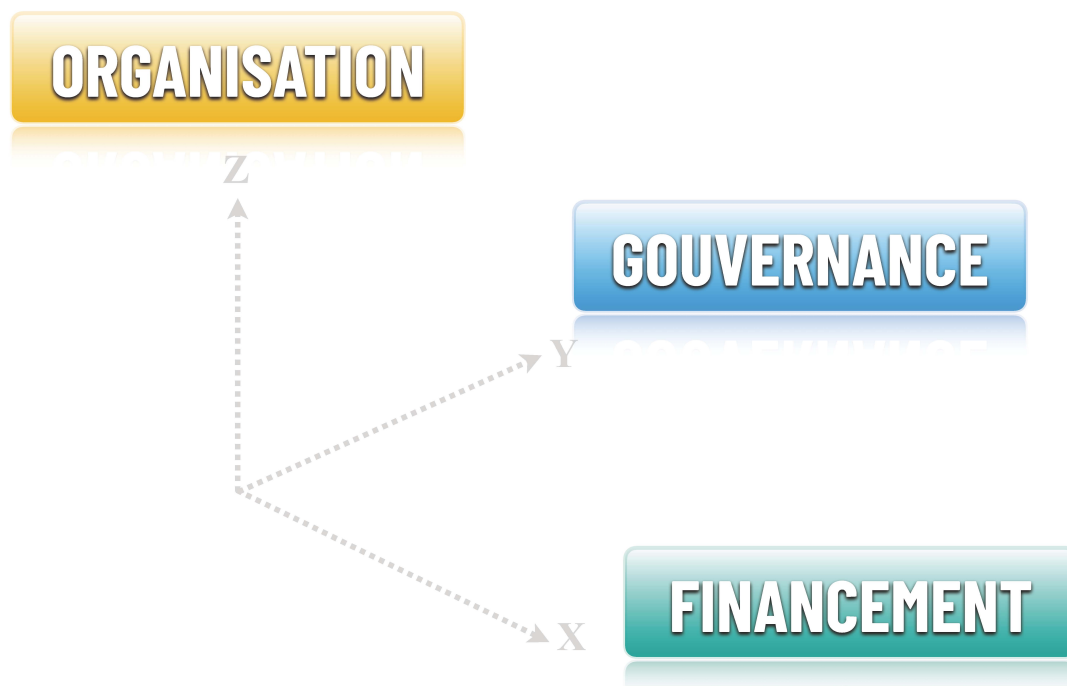
- Garantir à chacun **une éducation à la santé** et des services de maintien en bonne santé dès le plus jeune âge et tout au long de son cycle de vie, avec l'usage des technologies les plus innovantes ;
- Un **accès pour tous aux meilleurs soins**, intégrant les innovations thérapeutiques et technologiques (principe de mutabilité du service public) ;
- Une **démocratie sociale et sanitaire forte et vivante**, associée à un État stratège et régulateur et dont les rôles sont clairement identifiés: ceux de la démocratie sociale et sanitaire démarrent là où s'arrêtent ceux de l'État ;
- Une **responsabilisation des acteurs** dans la gestion du risque, la prescription et la consommation des produits et service socialisés .



Ces 3 piliers sont à décliner selon trois axes liés :

1 – l'organisation des acteurs / 2 – la gouvernance / 3 – le financement du système.

LES 3 AXES DE LA DÉCLINAISON DE LA RÉFORME



LA RÉFORME DE L'ORGANISATION DES ACTEURS

LE SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE SANTÉ

La déclinaison opérationnelle du nouveau système de santé se traduira par la création d'un service public départemental de santé, qui contiendra 3 transformations :

- Instauration de **territoires de santé uniques et communs, les départements**, à tous les acteurs ;
- **Délégation de service public** (accès pour tous, continuité, mutabilité) de la gestion de la santé de la population du territoire à tous les soignants financés par la sécurité sociale, du public comme du privé, quel que soit leur statut et leur secteur financés par la sécurité sociale (égalité des droits et des devoirs des professionnels) ;
- **Liberté de choix pour chaque professionnel** de son mode d'exercice (libéral, salarié du privé, fonctionnaires) dans l'esprit d'une délégation de service public ;

- **Décloisonnement** des secteurs de la santé – social, médico-social, sanitaire (hôpital, ville, domicile) – au sein des départements à travers la responsabilité populationnelle et le service public territorial.

Le territoire départemental sera l'espace géographique dans lequel chaque citoyen trouvera une réponse à ses besoins essentiels de santé, ce qui exigera une taille critique. Les territoires définis depuis 1790, connus de tous les citoyens sont les 101 départements français. Ils correspondent à l'unité géographique de référence de la plupart des politiques sociales. **Le département deviendrait l'unité géographique de référence** pour le pilotage opérationnel de la santé.

Un Parlement départemental de santé composé de quatre collèges – les élus locaux, les professionnels de santé, les associations et les institutions ordinales – sera en charge du pilotage du projet territorial de santé à l'échelle du département.

La **délégation de service public** à l'ensemble des professionnels de santé, du public et du privé, conduira de fait à une **égalité des droits et des devoirs des professionnels de santé**. Cela nécessitera une **équité de traitement** du public et du privé pour réaliser les missions de service public (dont l'accès aux soins, la prévention, les urgences, la permanence des soins).

Cette égalité des droits et devoirs renforcera la liberté de choix de son professionnel de santé pour le citoyen, et la liberté de choix de son mode d'exercice pour le professionnel.

Ce **Parlement départemental de santé** sera un lieu de dialogue, d'échanges et de résolution de problème, et non une administration.

Le pilotage se réalisera à l'aide de dispositifs existants (diagnostic territorial, plan territorial de santé et contrat territorial de santé), auxquels le nouveau modèle a donné une fonction viable. Ces dispositifs donnent un cadre d'intervention et permet de garantir une forte **autonomie d'actions et décision** à ces territoires, tout en s'inscrivant dans une stratégie nationale.

Le **décloisonnement** s'exprime par une mobilité optimisée des professionnels au sein du territoire, ce qui entraîne une restructuration du fonctionnement de chaque secteur.

Application à l'hôpital : les médecins et infirmiers de l'hôpital négocieront tous les 5 ans des contrats d'obligation de service, fondés sur les besoins des services et les aspirations

individuelles du personnel, leur permettant de travailler à plein temps, ou à temps partagé entre l'hôpital et une autre mission dans le territoire.

Une évolution des ordonnances Debré de 1958 permettra de faire tomber les murs de l'hôpital, pour l'insérer davantage dans le territoire, tout en gardant sa mission de tirer l'excellence de la médecine française, notamment par des missions spécifiques supra-territoriales dans l'enseignement, la recherche et des spécialités très pointues.

Une gouvernance mixte médico-administrative comparable aux centres anticancer, une décentralisation des principales ressources humaines et financières à l'échelle des services, une formation renforcée du personnel favorisant la montée en compétence et une évolution du statut PU-PH vers deux valences compléteront la restructuration de l'hôpital.

Application à la ville : les professionnels de ville auront aussi la possibilité de diversifier leur activité dans les territoires, en développant une valence supplémentaire à leur activité principale sur le territoire.

Un médecin généraliste pourra consacrer une journée par semaine par exemple à une activité en gériatrie, ou à un projet de recherche en santé publique. L'universitarisation de la médecine de ville sera accélérée grâce à une porosité plus forte entre l'hôpital et la ville. La liberté de choix de son mode d'exercice, dans un esprit de service public, sera renforcée.

Le déploiement massif du numérique et de l'intelligence artificielle accompagnera cette restructuration de l'offre et sera facilitée par le décloisonnement sectoriel et statutaire.

Dans cette réorganisation des acteurs, le service public territorial de santé fera basculer **vers un modèle de santé globale**.

UN CONTRAT THÉRAPEUTIQUE POUR LES PATIENTS SOUFFRANTS D'AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) RECONNUES

Un nouveau dispositif sera créé pour garantir à chaque patient chronique de disposer des ressources humaines, financières et technologiques permettant d'optimiser la prise en charge tout en permettant de maîtriser la dépense des patients ALD (63% du stock et 80% de la croissance des dépenses).

Ce contrat sera signé lors du diagnostic de l'ALD par le patient, l'assureur public et l'équipe soignante représentée par un coordinateur. Il sera obligatoire pour bénéficier du remboursement à 100%. Il comprendra entre autres le plan personnalisé de santé (soins, & prévention), les professionnels référents du parcours, les informations à connaître et les objectifs attendus. Un assistant numérique sera chargé de compiler les données et d'utiliser l'IA pour permettre une évaluation annuelle au cours d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle, permettant un parcours de soins optimisé par les données.

Le contrat thérapeutique permet de réaliser **le virage ambulatoire** en structurant le parcours de patients chroniques en ville.

La liberté d'action et la responsabilisation des acteurs à l'échelle du département devra régler sur le court terme l'essentiel des problèmes d'accès aux soins et à la prévention. Elle redonnera du sens aux métiers des professionnels.

UNE RÉFORME STRUCTURELLE DE LA RÉGULATION DU MÉDICAMENT

Les objectifs sont de faire de l'innovation thérapeutique un pilier stratégique du progrès médical et de la réindustrialisation, de libérer le potentiel des génériques et des biosimilaires, et de renforcer la souveraineté pharmaceutique française.



LA RÉFORME DE LA GOUVERNANCE : UNE GOUVERNANCE ADAPTÉE AU MODÈLE DE SANTÉ GLOBALE

UNE VISION DE LONG TERME POUR PILOTER LA SANTÉ

Une politique de santé publique pertinente exige une vision sur plusieurs années pour mesurer un impact sur l'état de santé de la population. **Une loi d'orientation et de programmation sanitaire à 5 ans** - comprenant des objectifs de santé publique, une stratégie nationale de santé et un plan de financement des investissements et des dépenses courantes de santé - sera votée au Parlement à chaque début de quinquennat.

Cette loi sera le cadre dans lequel s'inscrivent l'industrie pharmaceutique, la recherche médicale et les services de santé.

UN ÉTAT STRATÈGE

Pour piloter un système de santé globale, universel et solidaire, construit à partir des besoins de santé publique recueillis dans les territoires, permettant une diffusion rapide et massive des innovations, il faut un **État stratège** capable de voir loin et de remplir avec efficacité ses missions régaliennes de santé publique.

L'organisation de l'État sanitaire sera repensée autour de **2 pôles centraux** : l'un de pilotage de santé publique, l'autre de pilotage de l'évaluation des produits et services de santé.

L'objectif sera de construire dans ces deux domaines des structures uniques de réputation mondiale, de type CDC aux USA et NICE en Angleterre, pour disposer d'un État sanitaire fort, visionnaire, et qui donnera à la santé publique son juste poids social, économique, diplomatique et politique au bénéfice du bien commun (externalités très fortes de la santé).

La France a les ressources humaines pour réaliser ce projet à court terme, elles sont aujourd'hui disséminées dans une multitude d'agences (Hcaam, Hcsp...) dont les missions se recoupent largement. La nouvelle gouvernance sera en cela une simplification de

l'organisation de l'État sanitaire (suppression d'une vingtaine d'agences), porteuse de **gains d'efficience majeurs**.

En région et sur le plan local, les services de l'État sanitaire, déconcentrant ceux de l'État central, seront insérés dans une **direction de santé publique** dans les Préfectures régionales et départementales, en remplacement des agences régionales de santé existantes et de leurs représentations départementales.

Un État délesté en agences et en personnel administratif au profit de ressources humaines en santé publique sera performant dans ses fonctions régaliennes, au service des citoyens.

L'ASSUREUR PUBLIC, FINANCEUR SOLIDAIRE ET PILOTE DE L'OPÉRATIONNEL

L'État délègue à l'assureur public, l'Assurance maladie, appelée Assurance santé dans le nouveau système, le pilotage opérationnel de la stratégie nationale, pour l'ensemble des acteurs des services de santé. Cette assurance santé, sur laquelle l'État exerce depuis 1945 une forme de tutelle, sera l'opérateur public qui pilote la mise en œuvre des plans d'actions dans les territoires de santé ; l'État les évalue, ce qui dissociera **l'opérateur de l'évaluateur**.

État et sécurité sociale reprendront la place qui était la leur dans le modèle originel de 1945.

Notamment, l'assureur public (AMO), qui est le financeur solidaire, pilier de l'universalité du système, et en même temps le cœur de la **démocratie sociale et solidaire**, verra son Conseil devenir un Conseil d'Administration avec un pouvoir élargi et renforcé.

Véritable contre-pouvoir à l'exécutif de la Cnam, il permettra une gestion en phase avec les besoins réels de santé publique.

Les caisses locales (CPAM) verront leur autonomie renforcée pour adapter les réponses aux besoins des territoires.

LA RÉFORME DU FINANCEMENT : UN FINANCEMENT ADAPTÉ AUX NOUVEAUX ENJEUX



Le 3ème étage de la réforme systémique est l'évolution de l'architecture de financement de la santé pour l'adapter au nouveau modèle.

Les objectifs principaux sont :

- Faire de la présence de **2 financeurs puissants** mais distincts une force pour conforter la solidarité et l'universalité du nouveau système de santé et non un frein (manque de lisibilité, coûts administratifs élevés, faible efficience) ;
- **Maximiser l'efficience** du système de financement pour financer les nouveaux besoins (prévention, Investissement dans le Capital humain en santé, innovation) et améliorer la couverture du risque ;
- Favoriser la diffusion et l'accès aux **innovations** technologiques et thérapeutiques pour optimiser les gains de productivité.
- Mettre en place un **modèle économique vertueux** et soutenable à partir de la bonne santé;
- Faire de la santé un levier de la croissance **économique (meilleure productivité des actifs, R&D et industries des produits de santé dynamiques et attractives)** et de la réduction des **inégalités** sociales en optimisant l'efficacité de la gestion du risque santé et ses externalités.

*Pour cela, **les champs d'interventions** dans le financement des deux assureurs seront dissociés.*

L'assureur public remboursera seul l'essentiel des dépenses de soins, même s'il n'interviendra pas sur un champ aussi large qu'aujourd'hui.

Un ticket modérateur non assurable, composante clé de la responsabilisation des usagers du modèle de 1945, sera appliqué, dans une valeur revue par rapport à l'existant, autour de 10-15% des tarifs sécu. Toutes les conditions existantes d'exonération de ce ticket modérateur (ALD, grossesse, AT/MP, bas revenus) seront conservées, avec une extension de cette exonération à quelque cibles comme les étudiants.

Une complémentaire publique sur le modèle actuel d'Alsace-Moselle pourrait être nécessaire pour autoriser une liberté d'honoraires à certains professionnels.

Les assureurs privés seront concentrés sur les soins non remboursés par la sécurité sociale (dont ceux sur lesquels ils sont majoritaires aujourd'hui) et l'investissement dans le capital humain en santé (prévention).

L'affiliation à ces assureurs sera uniquement individuelle, avec 3 conditions nécessaires pour gérer les imperfections du marché assurantiel :

- Interdiction de toute discrimination sur des critères médicaux ou socio-économiques (mutualisation des risques);
- Affiliation individuelle obligatoire pour toute la population (éviter la sélection adverse) ;
- Subventionnement des plus défavorisés pour la souscription (système solidaire).

Un contrat standard étalon sera voté au Parlement pour définir les garanties socles à proposer par chaque opérateur privé et servir d'étalon de référence pour comparer le rapport qualité/prix des opérateurs. Chaque opérateur aura la liberté de commercialiser toute option et garantie supplémentaire pour se différencier et être plus compétitif. Ce contrat pourrait inclure une part de financement de la dépendance.

Cette composante de la réforme fera économiser autour de 20 Mrds €, tous acteurs confondus (État, assureurs publics, assureurs privés, ménages inactifs). L'idée sera de redistribuer l'essentiel de ces sommes dans le nouveau système de santé (prévention, innovations, rémunération des soignants).

Par exemple, les entreprises ne financeront plus les contrats qui sont devenus individuels, d'où une économie de l'ordre de 12 Mrds € par an.

Une partie de cette somme servira à financer les arrêts de travail de courte durée, transférés aux entreprises, pour inciter à optimiser la bonne santé au travail, une partie sera utilisée pour investir dans cette santé au travail, une partie pourrait être utilisée pour financer une assurance dépendance obligatoire, une partie pour baisser le coût du travail.

UN COMPTE PERSONNEL DE PRÉVENTION POUR CHAQUE CITOYEN (NE)

La matérialisation concrète et rapide pour chaque citoyen du virage préventif repose sur l'instauration de *dispositifs incitatifs à développer la prévention individuelle*.

Comme le compte personnel de formation a renforcé le capital humain sur les compétences professionnelles, le compte personnel de prévention en santé renforcera la capacité individuelle de chacun de rester en bonne santé plus longtemps.

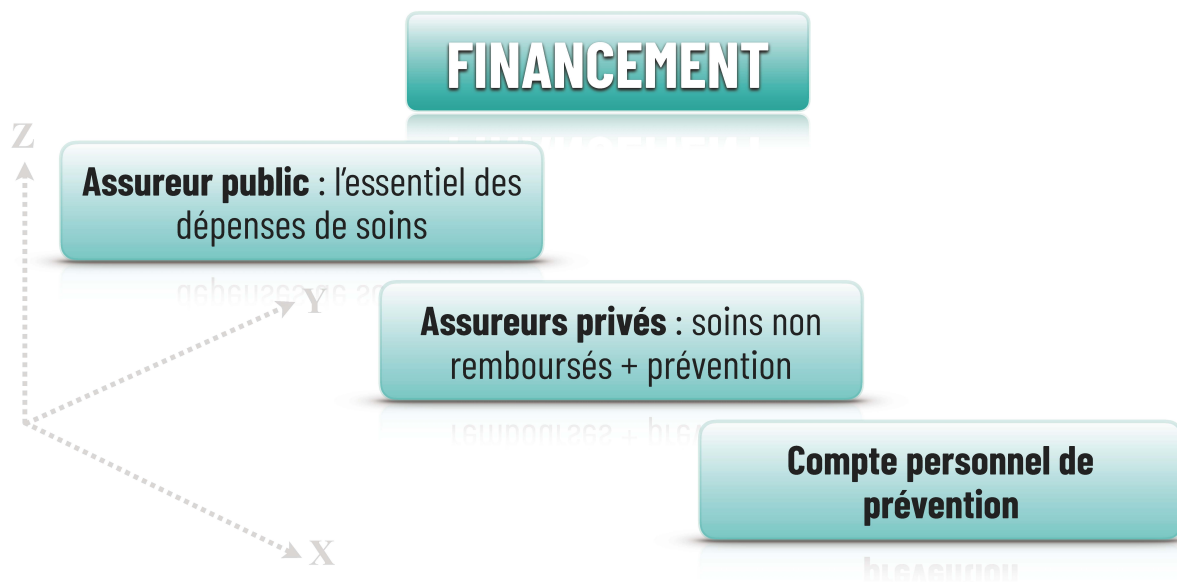
A ce titre, il participera à la baisse des inégalités sociales en santé et à la demande globale de soins.

Sur le modèle du compte personnel de formation, ce compte sera pilotable directement par chaque assuré à partir de son espace numérique santé personnalisé. Grâce à ce **forfait prévention annuel individualisé**, chaque citoyen aura accès à une série de biens et services reconnus scientifiquement et labellisés par le pôle d'évaluation de la santé de l'État.

L'intelligence artificielle sera utilisée pour adapter au mieux l'offre aux besoins et évaluer la performance du compte.

Un fond d'amorçage pourrait être financé par les réserves non prudentielles des assureurs privés en santé, dont le financement futur serait redirigé en grande partie vers la prévention.

Le compte personnel de prévention matérialisera le virage préventif pour la population.



5. QUELS BÉNÉFICES ?

POUR LES CITOYENS

- Un meilleur état de santé, quel que soit son niveau socio-économique (égalité) ;
- Une capacité à agir favorablement sur son état de santé, en conservant la liberté de ses choix (autonomie), tout en étant responsabilisé sur le bon usage des services de santé ;
- L'accès à un service public performant dans chaque territoire, offrant des services de santé de haut niveau en qualité et en quantité suffisante, quel que soit le lieu de vie ;
- Un accès élargi aux innovations technologiques, à la prévention et à l'information médicale, permettant à chacun de renforcer son pouvoir d'action pour rester en bonne santé (capital humain) ou lutter contre une maladie ;
- Une gestion des services de santé à l'échelle territoriale, pilotée par les acteurs locaux, renforçant la confiance dans le système et sa capacité à répondre aux besoins des citoyens (démocratie sociale et sanitaire).

POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



- Un système de santé centré sur les besoins de santé publique des citoyens, donnant du sens aux métiers des soignants ;
- Une reconnaissance professionnelle de leur expertise et de leur valeur ajoutée, grâce à une autonomie effective dans l'organisation et les actions à l'échelle des territoires ;
- Un libre choix de leur secteur et de leur mode d'exercice dans le cadre du service public, associant autonomie et responsabilité au service de la santé de la population ;
- Une quête constante de l'excellence médicale, par l'accès aux innovations technologiques et aux progrès médicaux, par une recherche et un enseignement de haut niveau, pour améliorer la qualité des prises en charge et l'attractivité des métiers.
- Une rémunération à la hauteur de leur valeur ajoutée, de leur recherche d'excellence et de leur engagement professionnel, quel que soit le secteur ou le mode d'activité.

POUR LES INDUSTRIES DE SANTÉ

- Le cap stratégique clair à cinq ans pour le secteur de la santé sur un horizon de 5 ans, fournira de la visibilité et de la stabilité pour investir ;
- La régulation optimisée des produits de santé, garantira un accès rapide au marché ;
- Une tarification dynamique, adaptée au cycle de vie des produits et à leur valeur médico-économique ;
- Le nouveau financement permettra un accès universel aux innovations ;
- Des incitations fortes pour intégrer la R&D, la production et la distribution des produits en France et en Europe.

POUR LA COLLECTIVITÉ

- Une gestion du risque santé en France caractérisée par une égalité des chances et une forte efficience ;
- Un renforcement du pacte social, grâce à une réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé.
- Une maîtrise des dépenses publiques à travers un modèle économique vertueux visant l'amélioration de l'état de santé de la population ;
- Des externalités positives du système de santé sur le développement économique, le bien-être social et l'influence internationale (le soft power) ;
- Un développement dynamique de la recherche et des industries de santé, soutenu par une vision de long terme et une intégration rapide des innovations.

6. QUEL CALENDRIER POLITIQUE ?

RENTÉE 2025

- Décision politique prise par le chef de l'État et le Premier Ministre de lancer la réforme.
- Nomination d'une personnalité pour incarner politiquement la réforme, la promouvoir efficacement auprès des Français, et la mettre en place rapidement

SEPTEMBRE - DÉCEMBRE 2025

- Discussion avec les groupes parlementaires et les syndicats du contenu de la refondation;
- Préparation de la loi santé incarnant la réforme qui sera centrée sur : la territorialisation de la santé, la réorganisation de l'État sanitaire, les mesures nécessaires pour basculer dans une logique de santé publique et d'investissement dans le capital humain;
- Lancer le chantier de l'évolution du système de financement avec les acteurs concernés.

PREMIER TRIMESTRE 2026

- Adoption d'une loi sur la refondation du système de santé.
- Poursuite du chantier sur le nouveau système de financement;
- Demande aux professions de santé de préparer les états généraux de la santé sur l'impact de la réforme.

DEUXIÈME SEMESTRE 2026

- Mise en place du nouveau système de financement de la santé
- Intégration de l'impact dans le PLFSS 2027
- Organisation des Etats généraux de la santé.



7. CONCLUSION

Inscription de la réforme dans la continuité historique :

*La réforme s'ancre dans l'histoire de la protection sociale française,
en écrivant une nouvelle page pour la santé.*

Renforcement des fondamentaux du modèle français :

*Elle consolide les piliers du système de santé français, notamment son universalité, sa solidarité, la
liberté et la responsabilisation des acteurs, ainsi que l'égalité des chances pour tous les citoyens.*

Transformation structurelle :

*Elle propose une transformation globale et structurelle qui permettra à chaque profession de
s'adapter aux enjeux émergents.*

Réponse aux défis contemporains :

*La réforme est conçue pour relever efficacement,
rapidement et durablement les défis de la triple transition.*

Contexte favorable :

*Son équilibre et son caractère consensuel rendent sa mise en œuvre réaliste
dans le contexte politique actuel.*

SITE INTERNET DE L'INSTITUT SANTÉ

<https://www.institut-sante.org/>