



Financement de la santé : ayons le courage de sortir du paradigme étatique !

Avons-nous toujours les moyens de notre santé ?

Par

- Pierre-Jean Doriel, directeur de l'institut des Français de l'étranger
- Alexis Semanne, Diplômé en Sciences Politiques de Concordia (Canada), en économie (Sorbonne), doctorant en économie et sociologie de l'université de Lille.

« Chaque euro dépensé par l'État a d'abord été prélevé quelque part, dans la poche d'un ménage ou d'une entreprise », rappelait Jean de Kervasdoué.

Cette évidence, souvent oubliée dans les débats sur la santé, spécifiquement en France, prend aujourd'hui tout son sens. Car derrière l'image d'un système de santé français généreux et performant, classé jadis meilleur du monde par l'OMS en 2000, se cache une réalité plus inquiétante : vieillissement de la population, dépenses galopantes, et surtout, un déficit structurel qui ne cesse de se creuser. En 2024, le « trou de la Sécu » a encore atteint 18 milliards d'euros, malgré des contributions publiques et salariales toujours plus hautes.



Faut-il se résigner à voir les comptes plonger et les tensions s'accumuler dans les hôpitaux ? Pas forcément. D'autres pays, pourtant très différents – Singapour, Suisse, Pays-Bas, Allemagne ou encore Taïwan – réussissent à conjuguer qualité, accès et viabilité financière, chacun à leur manière. Que l'on ne se méprenne pas : la récente crise du COVID a démontré à la face du monde que notre système de santé n'était ni meilleur ni pire que ceux des principaux pays de l'OCDE.

Dépassons les slogans habituels du débat français – «plus de moyens», «préserver notre modèle» etc. pour regarder ailleurs.

Que pouvons-nous apprendre de ces systèmes souvent cités en exemple ? Comment certains parviennent-ils à offrir de meilleurs résultats, parfois avec bien moins de moyens ? Et surtout : quelles pistes concrètes pour éviter à la France de voir son modèle s'effondrer sous le poids de ses propres contradictions ?

Tableau comparatif des systèmes de santé

Le World Index of Healthcare Innovation 2024, publié par le think tank FREOPP, classe la Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas en tête grâce à leur combinaison de performance budgétaire, liberté de choix et excellence en innovation médicale. La France, bien que bénéficiant d'une espérance de vie élevée, se place seulement 17e, freinée par une soutenabilité budgétaire faible et une capacité d'innovation plus limitée. Ce classement confirme que les systèmes à assurance privée universelle offrent souvent de meilleurs résultats globaux que les modèles publics centralisés.

Pays	Classement général	Soutenabilité budgétaire	Espérance de vie	Niveau global	Score global	Qualité	Choix	Science & Technologie
Suisse	1	65,96	84,23	Élite	66,19	69,56	66,98	62,28
Allemagne	3	64,71	81,71	Élite	58,54	53,12	68,55	47,77
Pays-Bas	4	62,38	82,45	Élite	57,82	62,75	56,61	49,55
Suède	8	40,47	83,58	Bon	52,23	70,46	49,17	48,83
Royaume-Uni	11	31,26	79,61	Bon	50,63	64,44	55,29	51,52
Singapour	13	44,64	84	Bon	48,12	57,83	48,82	41,18
Taiwan	15	53,37	80,94	Bon	47,69	57,86	62,12	17,42
France	17	29,83	83,58	Modéré	46,62	61,62	54,81	40,21

Source: 2024 World Index of Healthcare Innovation - Created with Datawrapper

Le tableau plus haut présente ainsi les dernières « performances » de notre système de santé, malgré des dépenses publiques toujours plus hautes force est de constater que nos indicateurs sont loin des premiers de la classe !



1. La France : un modèle d'assurance sociale universelle sous pression financière.

Le système français est historiquement de type Bismarckien¹ (assurances sociales obligatoires, financées par cotisations), mais il s'est rapproché d'un modèle hybride avec une part croissante de financement par l'impôt (CSG) et une couverture devenue universelle depuis 2000 (CMU, puis PUMa). Ses points forts sont, bien sûr, la couverture quasi complète de la population (99,9 % des résidents bénéficient d'une assurance maladie) et une qualité des soins élevée : la France obtient de bons résultats de santé (espérance de vie 82 ans², mortalité évitable relativement faible) et était réputée pour sa liberté de choix des praticiens et l'accès large aux innovations médicales. L'OMS la considérait comme le « meilleur système de santé du monde » en 2000.

Cependant, la France affiche des faiblesses notables.

- D'une part, une efficacité moyenne en termes de rapport coût-résultat : les dépenses de santé françaises sont très élevées (11,9 % du PIB en 2022, l'une des plus fortes en Europe), sans que la satisfaction des usagers ne soit supérieure à la moyenne (seulement 71 % des Français se disent satisfaits de l'accès à des soins de qualité, classant la France 21ème sur 38 pays de l'OCDE).
- D'autre part, et surtout, un déséquilibre financier chronique : le système accumule les déficits, aggravés par les dépenses liées au vieillissement et aux nouvelles technologies. La branche maladie de la Sécurité sociale accuse régulièrement un déficit annuel de plusieurs milliards (13,8 milliards d'euros en 2024). Malgré des mesures régulières de contrôle des dépenses (ONDAM, remboursements, etc.), le « *trou de la Sécu* » reste un problème structurel. Ce contexte suscite un consensus sur la nécessité de réformer le modèle français pour le rendre plus soutenable, en s'inspirant éventuellement d'expériences étrangères.

Le financement étatique est-il un modèle universel ?

Chaque pays étudié a mis en place un modèle de protection sociale et de santé distinct, allant d'un financement public massif tempéré de financement privé à part majoritaire de financement privé.

2. Singapour : un modèle libéral régulé à bas coût.

¹ Le modèle dit « Bismarckien » désigne un système d'assurance maladie basé sur des cotisations sociales obligatoires, instauré pour la première fois en Allemagne par le chancelier Otto von Bismarck à la fin du XIX^e siècle. Il repose sur un financement par les employeurs et les salariés, géré par des caisses d'assurance.

² En 2024, en France, l'espérance de vie à la naissance est de 85,3 ans pour les femmes et de 79,4 ans pour les hommes. Cela signifie qu'en moyenne, une femme française née en 2024 vivra jusqu'à l'âge de 85,3 ans, et un homme jusqu'à l'âge de 79,4 ans.

Figure 1 : Architecture de système de santé expliqué au public à Singapour.

Singapour offre un contraste frappant. Ce petit État asiatique a un des systèmes les plus libéraux en apparence, reposant sur la responsabilisation financière individuelle, tout en étant fortement piloté par l'État. Le financement se fait via le triptyque « 3M » : *Medisave* (épargne santé forcée sur comptes individuels³), *MediShield* (assurance publique) et *Medifund* (fonds de solidarité pour les plus démunis). Les Singapouriens payent une partie notable de leurs soins de santé⁴ via leurs épargnes santé (qui s'assimile à un placement obligatoire rémunéré) ou à leurs frais, ce qui incite à une utilisation parcimonieuse. En parallèle, l'État subventionne lourdement les hôpitaux publics et contrôle les tarifs.

Les résultats sont excellents : Singapour affiche une espérance de vie de 83–84 ans (similaire à la France), une des plus basses mortalités infantiles au monde, et figure régulièrement dans le top 5 des classements internationaux de performance sanitaire. Surtout, cela est obtenu avec un faible effort financier (les dépenses de santé représentent 4 % du PIB).

En 2019, Singapour ne dépensait que 2 633 \$ par habitant en santé pour une espérance de vie de 84 ans – un ratio vie/coût bien meilleur qu'en Occident. L'OMS classait ainsi Singapour parmi les systèmes de santé les plus efficaces.

Quelles sont les forces du modèle ? une efficacité remarquable (peu de gaspillage, prévention mise en avant) et des finances saines⁵ – Singapour n'a pas de déficit de système de santé, les dépenses étant largement couvertes par l'épargne privée et le budget de santé public est excédentaire.

Toutefois, le revers de la médaille demeure une certaine inégalité d'accès : en dépit des filets de sécurité (*Medifund*, etc.), le coût direct pour les patients peut dissuader certains de recourir aux soins. Le gouvernement surveille de près ces effets et ajuste les subventions si nécessaire.

Globalement, Singapour illustre qu'il est possible d'atteindre d'excellents résultats sanitaires avec un modèle très market-driven combiné à une régulation étatique

³ À Singapour, *Medisave* est un dispositif d'épargne santé obligatoire. Chaque salarié voit une part de son salaire prélevée et versée sur un compte individuel dédié, qui ne peut servir qu'à financer ses propres dépenses de santé ou celles de sa famille (hospitalisation, soins lourds, assurances santé). C'est une forme d'épargne contrainte, contrôlée par l'État, mais gérée à titre personnel.

⁴ À Singapour, les soins sont partiellement financés par l'épargne santé individuelle (*Medisave*), par des paiements directs (*out-of-pocket*) et par des subventions publiques. Environ 30 % à 35 % des dépenses de santé sont payées directement par les ménages. L'épargne *Medisave* est mobilisable principalement pour les hospitalisations, la chirurgie lourde et l'assurance maladie (*MediShield Life*). Les soins ambulatoires (consultations, petits soins) sont souvent réglés de la poche des patients, mais bénéficient d'un soutien public : l'État prend en charge entre 50 % et 80 % du coût des soins primaires publics selon le niveau de revenus du patient (les plus modestes étant couverts jusqu'à 80 %). Pour les patients en grande difficulté, le fonds *Medifund* peut couvrir jusqu'à la totalité du reste à charge.

⁵ Avec un optimisme prudent, Singapour budgétise un léger excédent de 0,8 milliard de dollars singapouriens, soit 0,1 % du PIB, pour l'exercice 2024.



stricte : ce modèle encourage une grande responsabilité des citoyens qui « modèrent » la consommation de soins de santé : en 2023 chaque singapourien a « consommé » pour 3000 \$ de soins versus 5400 \$ pour un citoyen français d'après la Banque Mondiale.

Caroline F, expatriée depuis 5 ans à Singapour avec sa famille,

« Dans les systèmes asiatiques, l'accès aux soins est rapide dans le privé : moins de 48 h pour un rendez-vous. Prélèvements, examens, vaccins et délivrance des médicaments ont souvent lieu dans le même cabinet médical. Cela évite des allers-retours chronophages et crée un parcours de soins fluide. La qualité médicale est perçue comme excellente, à condition de disposer d'une bonne couverture privée.

La figure du médecin reste très respectée et peu remise en question.

Le coût est significatif, surtout en cas d'hospitalisation sans couverture solide : un AVC ou une simple déshydratation peuvent rapidement coûter entre 10 000 et 15 000 SGD (soit 7 000 à 10 000 €). En l'absence de sécurité sociale, chacun doit évaluer son "risque à couvrir". Singapour fonctionne comme une assurance à la carte : on paie en fonction des risques qu'on souhaite éviter.

De mon point de vue, ce système rappelle qu'une organisation logistique plus intégrée (examens, médicaments, vaccination sur place) peut améliorer l'efficacité sans bouleverser l'équilibre solidaire. »

3. La Suisse : assurance privée universelle et qualité élevée.

La Suisse présente un modèle universel basé sur l'assurance privée obligatoire. Chaque résident/habitant doit souscrire une assurance maladie de base auprès d'assureurs privés en concurrence, selon un panier de soins défini par l'État (LaMal). Les assureurs doivent accepter tout le monde (principe de communauté de risque) et un mécanisme de compensation atténue la « sélection adverse⁶ » (ou tri). Les prestations sont financées par des primes mensuelles élevées, identiques pour tous dans une région donnée (indépendamment du revenu), avec des quotes-parts et franchises à charge des patients. L'État intervient en subventionnant les primes des ménages à faible revenu (environ 1/3 des foyers reçoivent une aide pour payer l'assurance). Les prestataires de soins (médecins, hôpitaux) sont en grande partie privés ou gérés par les cantons, et la liberté de choix est garantie.

⁶ La *sélection adverse* désigne un phénomène où, en l'absence de mécanisme de régulation, les assureurs auraient tendance à n'attirer que les assurés les plus à risque (personnes malades ou âgées) tandis que les individus en bonne santé se détourneraient de l'assurance. Cela déséquilibre financièrement le système et entraîne une hausse des primes. En Suisse, ce risque est limité par un mécanisme de compensation entre assureurs.



Les performances du système suisse sont parmi les meilleures : *espérance de vie* d'environ 83–84 ans, l'une des plus élevées au monde, et *qualité des soins* reconnue (la Suisse est classée 1^{er} au dernier Euro Health Consumer Index européen. L'OMS la classait 20^{ème} en 2000 pour la performance globale, mais une étude plus récente la place en tête d'un panel de 11 grands pays en combinant performance et durabilité. Le pays consacre environ 12 % du PIB à la santé — niveau similaire à la France — mais sans déficit public : le financement repose principalement sur les ménages et est ajusté automatiquement via l'augmentation annuelle des primes. En 2024, les primes ont encore grimpé de +6 % en moyenne face à l'augmentation des coûts (Exploding healthcare costs: What can and must Switzerland afford?). Cette « *quasi-absence de reste à charge pour l'État* » assure la soutenabilité financière du système lui-même, mais reporte l'effort sur les assurés.

Les forces du modèle suisse résident dans la liberté de choix, l'innovation (beaucoup d'hôpitaux de pointe, secteur pharmaceutique dynamique) et la responsabilisation des patients. La concurrence entre assureurs et prestataires est censée contenir les coûts, bien que dans les faits la dépense par habitant ($\approx 9\,666$ \$ par an) soit la plus élevée du monde après les États-Unis. Les principales faiblesses sont justement cette cherté pour les ménages (les primes d'assurance peuvent dépasser 10 % du revenu familial) et la complexité du système (multiplicité d'assureurs et de formules). Malgré l'aide publique, le poids financier est devenu la préoccupation majeure des Suisses en 2024. Néanmoins, la Suisse montre qu'un système très « *privatisé* » peut atteindre l'universalité et une grande qualité, au prix d'une acceptation sociale de coûts significatifs.

Toutefois, le coût personnel du système de financement incite à une modération des dépenses par habitant : là où la consommation de soins médicaux a augmenté en France de 17 % en valeur depuis 2020, cette augmentation n'est que de 7 % en Suisse.

Matthieu, français installé à Genève depuis 25 ans

« Le système suisse offre une qualité de soins remarquable : plateau technique performant, suivi attentif, et recours croissant à la télémédecine. Les généralistes travaillent efficacement, assistés d'un personnel dédié, ce qui leur permet de se concentrer pleinement sur leurs patients. Le respect des rendez-vous est une norme sociale, et la relation médecin-patient reste très professionnelle.

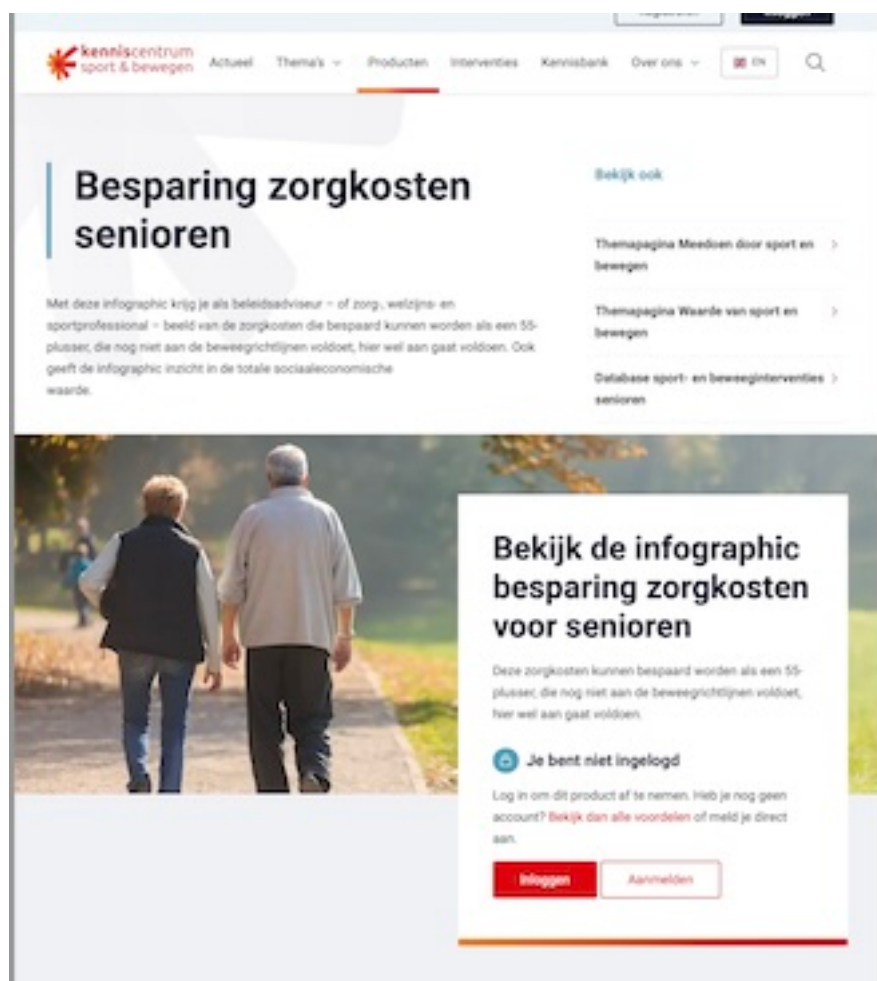
Mais cette qualité a un coût élevé : 350 € par adulte et par mois, avec des franchises allant jusqu'à 3000 CHF. Le système d'assurance est privé et obligatoire, avec une prime uniforme par personne, sans lien avec les revenus. Cela crée une tension pour les familles modestes, malgré quelques aides locales. La couverture cible les soins lourds — accidents, maladies graves — tandis que les petits soins ("bobologie") restent souvent à la charge du patient.



En termes d'organisation, le système est d'une grande clarté : pas de barème de remboursement complexe, pas d'ALD à la française. La franchise responsabilise le patient, sans empêcher l'accès aux soins lourds. Pour la France, une piste serait d'explorer ce modèle hybride : une franchise unique élevée, avec une couverture à 90 % au-delà d'un plafond lié au revenu fiscal, et un rôle accru de la concurrence entre mutuelles. »

4. Les Pays-Bas : concurrence régulée et soins de premier rang en Europe.

Figure 2 : Site internet officiel hollandais donnant les clés aux Seniors pour économiser les soins.



Le système néerlandais a beaucoup de similarités avec le modèle suisse, bien qu'il s'agisse d'une évolution d'un régime Bismarckien antérieur. Depuis la réforme de 2006, les assureurs privés proposent une assurance santé de base obligatoire pour tous, avec des primes communautaires et un mécanisme de péréquation des risques⁷. Les Pays-Bas se distinguent par un rôle fort de l'État régulateur : définition d'un panier de soins standard⁸, contrôle des tarifs, et incitations à la qualité via des comparatifs publics. Les employeurs et individus cotisent également à un fonds de solidarité pour financer la péréquation.

Les performances sanitaires néerlandaises sont excellentes : espérance de vie 82,6 ans, mortalité évitable basse, satisfaction des patients élevée. Avant son abandon,

⁷ La réforme de 2006 aux Pays-Bas a fusionné les anciens systèmes publics et privés d'assurance maladie en un régime unique d'assurance de base obligatoire, proposé par des assureurs privés en concurrence. Tous les résidents doivent souscrire cette assurance, dont le contenu est défini par l'État (soins essentiels). La réforme a instauré des primes standardisées (non liées au revenu), une péréquation des risques entre assureurs, et a renforcé le rôle du marché dans l'allocation des soins, tout en maintenant un fort pilotage public. Les revenus les plus modestes bénéficient d'allocations spécifiques pour payer leur prime.

⁸ Le *panier de soins standard* désigne l'ensemble des prestations de santé de base couvertes obligatoirement par l'assurance. Aux Pays-Bas, ce panier est défini par l'État et comprend les soins essentiels (médecine générale, soins hospitaliers, médicaments courants, maternité, soins psychiatriques de base, etc.). Les soins non inclus dans ce panier peuvent être couverts par des assurances complémentaires facultatives.



L'Index Euro Health Consumer classait fréquemment les Pays-Bas au top 3 en Europe (1er ou 2nd, juste derrière la Suisse). Le système allie accessibilité (peu de files d'attente par rapport à d'autres pays européens grâce à une bonne planification) et qualité (médecine générale forte, coordination des soins).

Les avantages du modèle néerlandais comprennent une forte culture de la médecine de premier recours (inscription obligatoire chez un généraliste, qui joue le rôle de gate-keeper efficace⁹) et une souplesse d'organisation grâce à la pluralité d'assureurs et de prestataires en compétition régulée. Cela a permis par exemple une rapide adoption de programmes de santé digitale et de soins à domicile innovants.

Les inconvénients restent le coût pour les assurés, en hausse continue, et relativement complexe (changement d'assureur possible chaque année, ce qui peut dérouter certains usagers). En somme, le modèle néerlandais réussit à combiner *universalité, qualité et soutenabilité*, au prix d'une architecture assez complexe et d'une vigilance constante de l'État pour réguler le marché de la santé.

Pierre, installé à Utrecht depuis 5 ans.

« Le système de santé est très différent de la France et peut parfois nous surprendre. Tout le monde doit souscrire une assurance privée obligatoire, et nous subissons comme tout néerlandais une franchise annuelle obligatoire de 385 euros. Le généraliste est le principal contact, mais ce qui m'a surpris c'est qu'ils sont infiniment moins "prescripteurs" qu'en France. Dans mon cas, pour un mal de dos on m'a prescrit du paracétamol et de l'exercice plutôt qu'une IRM directe comme je l'ai vécu en France. En revanche ce n'est pas "open bar" comme en France : même avec l'assurance les soins dentaires ou l'optique vous coûtent... (on ne change pas de lunettes tous les ans !) Par ailleurs, il n'y a pas de pédiatres, je n'en ai pas vu pour mes enfants, le généraliste le remplace. Je note que les spécialités notamment pré-accouchement sont beaucoup moins développées qu'en France. Globalement les rdvs sont rapides et efficaces »

Contrairement à la France, l'assurance santé de base est gérée par les partenaires privés, l'état ayant un rôle de régulateur. De facto, le système n'est pas déficitaire puisque l'évolution des coûts des soins est répercutée. En revanche les coûts de la gestion administrative sont parfaitement contrôlés : 1,3 % des dépenses de santé aux Pays-Bas contre 3,3 % en France !

⁹ Le *gate-keeper* (ou *médecin traitant pivot*) est un professionnel de santé, généralement le médecin généraliste, qui joue un rôle de filtre et d'orientation dans le parcours de soins. Avant d'accéder à un spécialiste ou à certains soins coûteux, le patient doit d'abord consulter ce médecin, qui évalue la nécessité de l'orientation. Ce mécanisme vise à éviter les consultations inutiles, à mieux coordonner les soins et à maîtriser les dépenses.

5. L'Allemagne : un système d'assurance sociale solide, mais sous tension financière

Le système de santé allemand, de type Bismarckien corporatiste, est souvent comparé au français car fondé sur des assurances maladie statutaires (*Gesetzliche Krankenkassen*) obligatoires pour 89 % de la population en 2023, financées par des cotisations salariales.

Originalité notable : Les salariés dont le revenu excède 66 000 euros par an (soit environ 11 % de la population active) peuvent choisir de rester dans le système public ou d'opter pour une assurance privée individuelle. Ils ont donc la liberté de reporter leur choix de protection sur un système basé sur leur âge, leur santé et les garanties choisies. 70 % de cette population opte pour le « privé ».

L'Allemagne se caractérise par une offre de soins pléthorique : c'est l'un des pays au monde avec le plus de médecins et d'hôpitaux par habitant¹⁰, et le plus de lits hospitaliers par habitant en Europe. Les patients ont une grande liberté de choix et un accès rapide aux spécialistes (pas de filtrage strict par le généraliste).

Ces caractéristiques se traduisent par de très bonnes performances en accès et en qualité : il n'y a pratiquement pas de listes d'attente en Allemagne, et de nombreux indicateurs de qualité des soins sont excellents (ex : délais de prise en charge des cancers, taux de survie élevés). L'espérance de vie atteint 81,71 ans. Les Allemands dépensent un peu plus par habitant que les Français (5 440 \$ par an en 2019), pour un poids dans le PIB d'environ 12 %.

Le financement du système allemand a longtemps été excédentaire ou à l'équilibre, grâce à des cotisations modulées. Néanmoins, ces dernières années, le vieillissement et l'augmentation des coûts médicaux ont provoqué de nouvelles pressions financières. Après la crise du Covid, les caisses publiques ont connu des déficits (plusieurs milliards €) obligeant à relever les taux de cotisation et à mobiliser des subventions d'État. En 2022 toutefois, on notait un quasi-équilibre (petit excédent de 0,39 Md€), suivi malheureusement d'une rechute anticipée en déficit de 6 Md€ en 2023-24. Le gouvernement a dû augmenter la cotisation moyenne (montée à 16,2 % du salaire, avec 1,6 % de surtaxe moyenne) pour stabiliser le système.

Les points forts du modèle allemand sont la qualité et rapidité des soins (peu de rationnement, innovation disponible, personnel médical nombreux) et un financement solidaire (les caisses couvrent largement les prestations, avec une participation modeste des patients). Le point faible principal est le coût : la générosité du système a un prix élevé, supporté par les cotisations sociales (ce qui peut peser sur le coût du travail) et par des compléments de financement de plus en plus nécessaires par l'État. Par ailleurs, l'existence d'une assurance privée pour les plus riches crée une

¹⁰ Selon la Commission Européenne, avec 12,0 pour 1 000 habitants, le nombre d'infirmières en Allemagne est supérieur à la moyenne de l'UE (8,5 pour 1 000).



dualité : certains estiment que cela introduit des inégalités d'accès (les médecins privés étant plus rémunérateurs, attirent davantage de spécialistes).

On constate que le système le plus financé par la puissance publique de notre panel n'échappe pas à une problématique de financement accrue. La multiplicité des acteurs, la régionalisation des caisses entraînent un surcoût de gestion : 5 à 6 % versus 3 à 4 % pour la France.

L'exemple allemand illustre la difficulté de maintenir une santé financée par l'État quand bien même le contexte économique est meilleur.

6. Taïwan : le single-payer high-tech efficace, menacé par le sous-financement.

Taïwan a mis en place en 1995 un système d'assurance maladie nationale unique (*National Health Insurance*, NHI) qui est souvent cité en exemple parmi les pays à revenu intermédiaire/élevé. Il s'agit d'un modèle inspiré du système canadien (assurance unique gérée par l'État) avec des particularités locales. La NHI couvre virtuellement la totalité de la population (y compris les résidents étrangers) via une cotisation obligatoire et des subventions gouvernementales. La délivrance des soins reste majoritairement privée (médecins et hôpitaux privés rémunérés à l'acte par la NHI).

Taïwan a innové en déployant très tôt une carte vitale électronique et des systèmes d'information centralisés, ce qui rend la gestion très efficace (frais administratifs $\leq 2\%$).

Les résultats sont impressionnants au regard des moyens : l'espérance de vie taïwanaise a atteint 80,9 ans en 2019 (84,2 ans pour les femmes, 77,7 pour les hommes), en progression rapide. Taïwan a ainsi rejoint le club des pays « vieillissants en bonne santé ». Cela avec une dépense de santé d'à 6,4 % du PIB en 2021, bien en-deçà des niveaux européens. En termes d'efficacité, Taïwan est souvent classé tout en haut : par exemple, un indice international récent place Taïwan 1^{er} mondial en qualité de système de santé. Les patients bénéficient d'un accès très libre (pas de gatekeeper : on peut consulter un spécialiste sans référent) et de coûts minimes (le ticket modérateur est bas, avec plafond annuel).

La force du système taïwanais réside donc dans son efficacité et sa technologie : le dossier médical informatisé, la facturation rapide, les données de santé publiques permettent de piloter le système au plus près, et notamment d'ajuster en temps réel les volumes d'actes. Taïwan a par exemple pu contenir l'épidémie de COVID-19 avec un traçage efficace s'appuyant sur sa base de données de santé.

Le talon d'Achille du modèle NHI est son financement limité. Pour maintenir de bas prélèvements, les autorités ont longtemps sous-indexé les tarifs médicaux, ce qui a conduit la NHI à accumuler des déficits dans les années 2000 et 2010. Le gouvernement a dû relever les cotisations et injecter des fonds publics à plusieurs



reprises pour renflouer (notamment, injection de 24 milliards NT \$ en 2023¹¹). En 2023, pour la première fois depuis 2016, la NHI a enregistré un excédent (NT\$34.4 Mds).

Cette situation reflète un risque de sous-financement chronique : les contributions actuelles (4,69 % % du salaire) semblent insuffisantes à terme face au vieillissement rapide de Taïwan. Le système hospitalier taiwanais, bien que performant, subit aussi la contrainte de tarifs bas par la NHI, ce qui met en péril certaines petites cliniques.

En somme, Taïwan démontre qu'un système public unique peut être ultra-performant et peu coûteux en exploitant les technologies et en limitant les dépenses inutiles. La réversibilité est que pour rester soutenable, il doit trouver un juste niveau de financement : les autorités taiwanaises envisagent régulièrement des ajustements de prime ou des réformes pour éviter que leur « bijou » ne s'essouffle. Pour la France, l'expérience taiwanaise est riche d'enseignements sur l'importance de l'informatisation et du contrôle centralisé des coûts, tout en avertissant qu'un *sous-financement* prolongé nuit à la pérennité du système.

L'exemple taiwanais repose principalement sur une gestion ultra-efficace des dépenses de santé : les coûts administratifs s'élèvent à 1,6 % soit un des plus faibles du monde grâce à un système 100 % numérique où l'IA détecte fraudes et abus. La tarification est centralisée et automatique. 90 % des patients se disent satisfaits (NHIA annual report 2023).

7. Faire évoluer notre approche du coût de la santé !

On le voit bien, les pays ayant encore une implication de l'État dans le financement de la santé sont tous en difficulté. La France, chef de file de ces pays est aussi celui où le financement de la santé devient de plus en plus délicat.

Et pourtant, les exemples proposés plus haut proposent des pistes intéressantes sans que la population ne soit ni moins bien soignée ni moins bien couverte. La santé a un coup, et les politiques successives visant à déconnecter le coût de la prestation ont un effet délétère sur l'approche des citoyens.

1. Diversifier les sources de financement et changer de paradigme de gestion :

La France consacre déjà une part importante de sa richesse à la santé (près de 12 % du PIB), afin de financer un système créé à une époque où la démographie, les coûts des soins, les besoins des personnes de plus en plus âgées étaient aux antipodes de la société d'aujourd'hui. Non seulement la situation actuelle démontre l'insoutenable croissance des dépenses de santé, mais la sur-administration entraîne des coûts de gestion parmi les plus élevés du monde.

¹¹ NT\$ = New Taiwan Dollar



Il devient urgent :

- de développer un partenariat public-privé permettant aux français de choisir eux-mêmes ce qu'ils souhaitent protéger. L'État se gardant le monopole d'un panier de soin essentiel et garanti ainsi que le financement des infrastructures et de la recherche.
- appliquer une logique assurantielle qui ne remet nullement en cause le principe d'une solidarité nationale mais qui permet de faire contribuer plus ceux dont les risques sont plus importants : est-il normal de faire supporter l'essentiel des coûts sur les salariés par définition plus jeunes et moins soumis aux aléas de santé que d'autres catégories de population ?
- de limiter de fait le recours à l'argent public, en faisant financer par les Français leur propre santé sans recourir à des taxes supplémentaires. Les expériences Suisse, Hollandaise, Singapourienne pour ne citer que celles explicitées dans cette étude, montre que le financement public n'est pas l'alpha et l'omega d'une politique de santé efficace et tenable.

2. Améliorer l'efficacité par l'innovation et la prévention : Plusieurs pays offrent des exemples de meilleure efficacité sans sacrifier la qualité. Taïwan a démontré l'intérêt de la digitalisation avancée : la France pourrait accélérer le déploiement du dossier médical partagé, de la e-santé, et l'exploitation des données de santé (dans le respect de l'éthique) pour mieux piloter le système et éviter examens redondants, erreurs, etc. L'utilisation de l'IA permettrait aussi de cerner les abus quasiment en temps réel : ainsi l'IA permettrait de limiter la surconsommation médicale en permettant de rationaliser les besoins : il est baroque pour de nombreux pays de voir des Français se précipiter chez le médecin pour un simple rhume ! De même pour les arrêts maladies, dont les derniers chiffres montrent l'effrayante augmentation (15 à 16 millions en 2024 contre 11,5 millions en 2019).

3. Garantir l'accès et l'équité tout en régulant la demande : Les modèles qui excellent combinent *universalité* et *régulation intelligente*. Mais la France pourrait s'inspirer de certains mécanismes de régulation de la demande utilisés ailleurs : par exemple, instaurer de *véritables délais d'attente garantis* comme en Suède (au-delà desquels le patient peut se tourner vers le privé aux frais du public) pour mettre la pression sur la réduction des listes d'attente ; ou renforcer le rôle du médecin traitant gate-keeper comme le font le Danemark ou les Pays-Bas, afin d'éviter l'automédication de spécialiste et les parcours de soins incohérents.

La tarification peut aussi être un levier : la Suisse et l'Allemagne ont mis en place des forfaits par cas (DRG) à l'hôpital qui ont en partie freiné l'inflation des durées de séjour. La France a sa T2A, mais pourrait l'ajuster pour mieux valoriser la qualité et la pertinence plutôt que le volume d'actes.

4. Assurer la soutenabilité financière par des réformes structurelles courageuses : Plusieurs pays ont ajusté structurellement leur système pour le rendre soutenable. L'Allemagne a entrepris de fusionner certaines caisses, de relever l'âge de départ à la retraite des soignants, de digitaliser la santé... Le Japon



(non étudié ici, mais instructif) a indexé les cotisations des seniors sur leurs revenus et stimulé les soins de longue durée à domicile pour contenir les coûts hospitaliers.

Notre système de santé a été progressivement sur-administré afin « théoriquement » de le préserver. L'hypercentralisation (via notamment les ARS...), la surréglementation (dont le fameux « numerus clausus » qui du fait d'erreurs d'estimations, nous oblige à « importer » des médecins aujourd'hui) achève d'épuiser le système.

5. Accepter de redonner un « coût » à la santé

D'autre part, il faudra peut-être accepter un débat sur la participation financière des patients : actuellement le ticket modérateur est largement effacé par les complémentaires. Faut-il le laisser ainsi ou envisager une petite part des dépenses qui resterait à charge pour inciter à un usage parcimonieux (à l'image des franchises annuelles en Suisse ou du copaiement à Taïwan qui reste symbolique) ?

Le débat sur le prix des médicaments devra aussi être ouvert : la France est le pays où les médicaments sont les moins chers du fait d'une réglementation contraignante. L'Espagne est 2^e du podium avec néanmoins des prix moyens supérieurs de 30 % à ceux de la France. Le mythe de la « santé pas chère » entraîne pénuries et recours faible aux génériques 542 % versus 80 % pour l'Allemagne ou les Pays-Bas).

Les témoignages des Français expatriés dont certaines cités dans cette étude vont tous dans le même sens : la santé a un prix dans tous les pays, et cela responsabilise les patients. Seule la France a effacé la notion de paiement rendant la santé « indolore » pour les portefeuilles.

L'exemple singapourien indique qu'une part de responsabilisation financière peut exister sans compromettre la santé de la population, si elle est bien calibrée et compensée pour les plus pauvres.

6. AME et CMU sont des dispositifs en décalage avec une logique de responsabilisation.

Le système français comprend deux dispositifs uniques au monde de solidarité à destination des publics précaires :

- L'Aide Médicale d'État (AME), qui permet aux étrangers en situation irrégulière d'accéder gratuitement aux soins urgents et essentiels.
- La Couverture Maladie Universelle (CMU), remplacée depuis 2016 par la PUMa (protection universelle maladie), qui assure l'accès aux soins pour toute personne résidant en France de manière stable et régulière.

Dans un contexte de tensions financières, leur logique d'accès sans contrepartie directe (pas de participation financière, couverture très large) s'éloigne du modèle de responsabilisation observé dans les systèmes performants. Représentant 2,2 % des dépenses de santé (environ 7 milliards d'euros) leur constante augmentation pose un problème. Une réflexion pourrait être engagée sur leur révision : instauration de franchises symboliques, restriction à un panier de soins essentiels, ou liens renforcés avec des parcours d'intégration.



La solidarité doit rester le maître mot de notre système de santé, mais solidarité ne veut pas dire déresponsabilisation et libre-service citoyen ! La plupart de nos partenaires ont introduit une part de financement privé sans que cela influe sur la qualité de vie des citoyens. Au-delà du modèle anglais perpétuellement cité pour montrer les « ravages » du libéralisme, de nombreux pays nous ouvre la voie d'un partenariat public privé efficace. Gardons le meilleur des deux mondes : plutôt que de recourir à des mesurètes (du type déremboursement ponctuel...) reconstruisons un nouveau modèle alliant justice sociale et responsabilité financière.