

LE MENSUEL DE LA FONDATION IFRAP

SOCIÉTÉ ■ CIVILE

Enquêter pour réformer N° 174



12

RETRAITES SANTÉ

Oser les vraies réformes

Décembre 2016 - 8 €

■ FONDATION
IFRAP

FONDATION POUR LA RECHERCHE
SUR LES ADMINISTRATIONS ET
LES POLITIQUES PUBLIQUES

RETRAITES-SANTÉ

Oser les vraies réformes

Les systèmes de retraite et de santé français constituent les postes de dépenses de loin les plus importants de notre protection sociale. Et avec respectivement 14 % et 12 % du PIB, ils se situent parmi les plus chers des pays d'Europe. Compte tenu du vieillissement de la population et des changements dans les risques sanitaires que ce vieillissement entraîne (prédominance des maladies chroniques et liées à la dépendance), mais aussi compte tenu du poids de la dette sociale (135 milliards d'euros restent à amortir par la Cades) ces deux piliers de notre protection sociale doivent être réformés, ce qui implique de ne pas avoir peur de repenser notre modèle social.

Mais les réformes à mener ne sont pas les mêmes : la retraite est un risque au sens de la Sécurité sociale *certain*. Le gérant doit assurer un travail simple : collecter les cotisations, prévoir le nombre d'actifs et de retraités, verser les retraites en appliquant des règles précises. Il doit surtout assurer l'équilibre en fonction de paramètres limités et, pour certains, sur lesquels il ne peut quasiment pas agir (démographie). Il dispose de peu de latitude : l'âge, le montant de la pension et le taux de cotisation. Le déficit de compétitivité de la France écarte la possibilité d'augmenter les cotisations pour financer le système. Dès lors, il faut :

- Reporter l'âge l'égal à 65 ans en 2028 ;
- Créer un régime unique et universel par points ;
- Aligner les systèmes de retraite public et privé ;
- Introduire une part de capitalisation sans augmenter le montant total des cotisations.

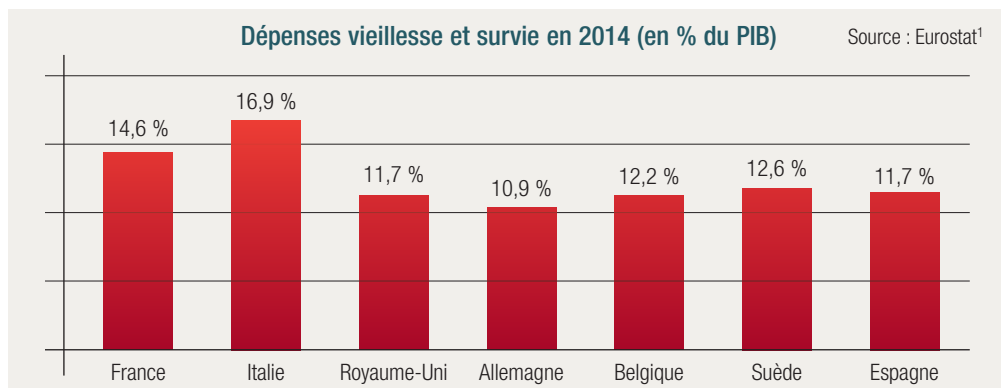
La santé est un risque aléatoire et la qualité de la prestation de soin (hôpital, médecine de ville, médicaments) est très variable. La responsabilité du gérant d'un système d'assurance maladie est très différente puisqu'il va devoir choisir, parmi un large panel de solutions, la meilleure solution au meilleur coût. La santé est par ailleurs un domaine où - contrairement à la retraite - l'innovation joue un rôle essentiel. Face à cela, le gérant doit se poser plusieurs questions : quel prix accepter de payer ? Quel fournisseur de soins recommander à ses assurés ? Quels progrès thérapeutiques encourager ? C'est ce rôle complexe qui justifie une diversité de gérants de l'assurance maladie et leur mise en concurrence par les assurés. D'où nos propositions :

- Cantonner l'État à son rôle de stratège, régulateur, contrôleur ;
- Appliquer un statut d'autonomie aux hôpitaux publics ;
- Mettre en extinction le statut de la fonction publique hospitalière ;
- Ouvrir l'assurance maladie au premier euro à la concurrence régulée.

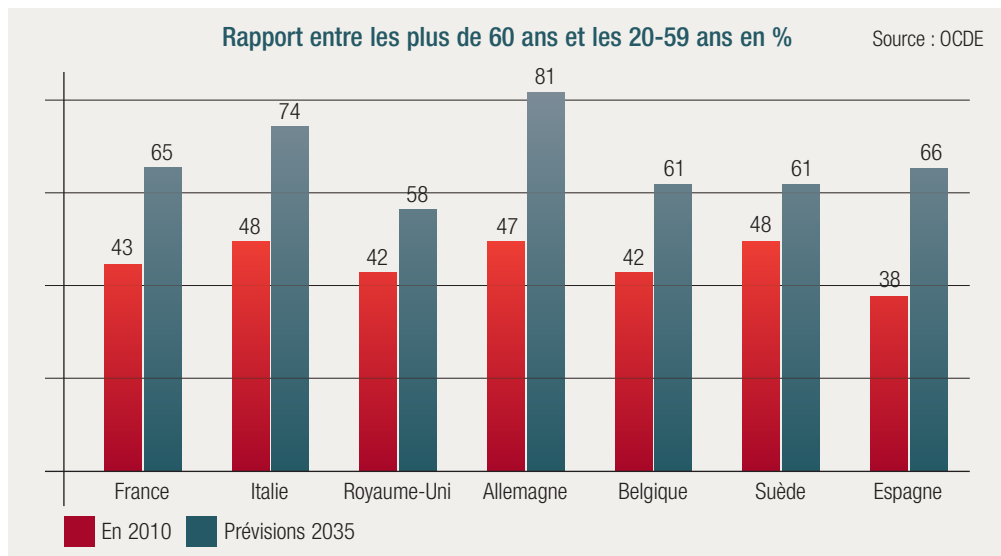
Construire un système de retraites lisible et pérenne

Les retraites en France représentent 300 milliards d'euros, elles sont de loin les premières dépenses sociales et représentent un quart des dépenses

publiques. En matière de retraites publiques, la France dépense chaque année 14 % de son PIB, ce qui nous place en tête en Europe avec l'Italie.



Certes, le poids de cette catégorie de dépenses s'explique par le vieillissement démographique mais ce phénomène touche toute l'Europe, et voire plus certains pays (Allemagne, Italie², etc.)



Didier Blanchet montre que le système aurait dérivé à plus de 20 % du PIB en 2050 s'il n'avait pas été réformé³. Est-ce pour autant que nous sommes tirés d'affaire ? Quoi qu'en disent les

politiques, les réformes menées sont importantes mais ne suffisent pas. Certes, la ministre des Affaires sociales a pu affirmer que le trou de la Sécu, c'est du passé, ou le Comité de suivi

■ 1 Les dépenses consacrées aux pensions couvrent les prestations sociales suivantes : pension d'invalidité, retraite anticipée en raison d'une incapacité de travail, retraite, retraite anticipée, pension de survie et retraite anticipée pour des raisons dues au marché du travail.

■ 2 « Certains pays choisissent d'arbitrer entre les risques, à l'image de l'Italie qui favorise clairement le risque vieillesse au détriment, notamment, du chômage. » M^{me} Monika Queisser, audition au Sénat, MECS, janvier 2015.

■ 3 Blanchet Didier, « Démographie et soutenabilité du système de retraite : les réformes ont-elles tout résolu ? », Informations sociales, 3/2014 (n° 183), p. 126-135.

des retraites (CSR) parler d'un système « qui est sans doute aujourd'hui plus solide financièrement et moins inéquitable que ne le pensent souvent nos concitoyens »...

Il demeure que :

■ sur le long terme, le système des retraites ne serait de retour à l'équilibre que dans les scénarios favorables et médians du Conseil orientation des retraites (Cor). À l'inverse, le système resterait durablement en déficit en cas de croissance des revenus d'activité inférieure à 1,5 % par an à long terme ;

■ les engagements de désindexation pris par les partenaires sociaux pour les retraites complémentaires (Arrco-Agirc) qui devaient rapporter 3,5 milliards d'euros en 2020 risquent de ne rapporter (au mieux) que 0,2 milliard d'euros ;

■ alors même que le gouvernement a souhaité baisser le coût du travail, c'est oublier que le redressement observé des comptes de la branche vieillesse est dû à l'augmentation des taux de cotisations retraites votée dans le cadre de la réforme de 2014. L'augmentation est de 0,6 point entre 2014 et 2017. On retrouve d'ailleurs une augmentation du taux de cotisation en 2015 dans les régimes de retraite complémentaires Arrco-Agirc. Comme l'explique le sénateur Gérard Roche, citant le Cor : « Entre 2003 et 2010, c'est l'augmentation des prélèvements obligatoires qui a le plus contribué à la

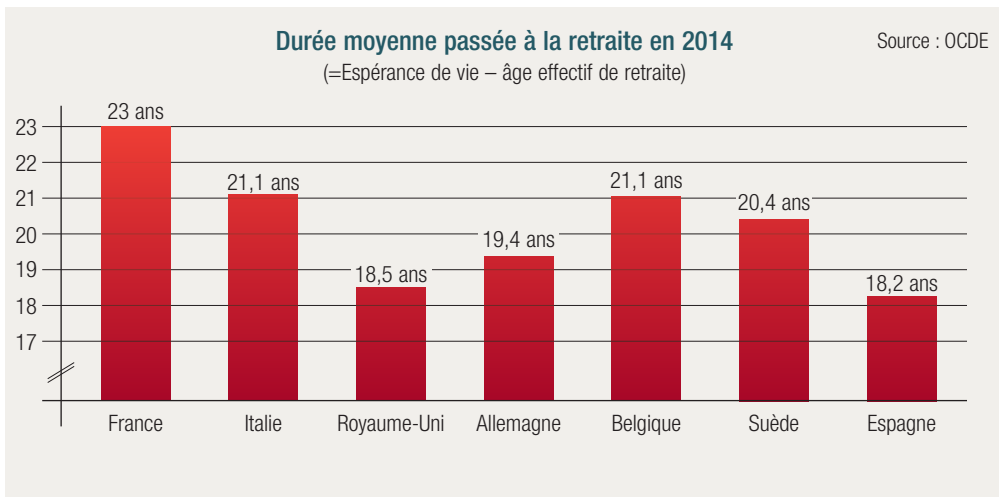
couverture du besoin de financement lié au vieillissement ; en effet, les mesures de report sur l'âge ont toutes été compensées par la mise en place du dispositif de retraite anticipée pour carrière longue. »

Les cotisations retraites représentent aujourd'hui 38 % du total des cotisations qui figurent sur la fiche de paie d'un salarié non-cadre ; cela peut même monter jusqu'à 45 voire 66 % ;

■ par ailleurs, ces chiffres ne disent rien de la situation des régimes spéciaux : la contribution de l'État au CAS Pension (compte budgétaire qui retrace les dépenses de l'État en matière de pensions des retraites) – faussement appelée « cotisation employeur » – continue d'augmenter (de 40 milliards en 2015 à 42,7 milliards en 2017) et les crédits de la mission « régimes sociaux de retraites » qui retrace les subventions d'équilibre versées par l'État (SNCF, RATP, etc.) devraient rester stables à 6,4 milliards entre 2015 et 2017.

Pour un âge effectif de la retraite progressivement porté à 65 ans

Ainsi, si on admet que le taux de cotisation a atteint un plafond (voir loi 2014⁴), et que le ratio démographique est une donnée peu susceptible d'être modifiée, la variable de l'âge est le principal levier d'autant que, selon l'OCDE, la France est le pays où le temps passé à la retraite est le plus élevé.



■ 4 La réforme des retraites Ayrault-Touraine de 2014 a fixé par l'article L111-2-1 du Code de la Sécurité sociale un certain nombre d'objectifs à notre système de retraite par répartition, dont la pérennité financière qui se mesure par un taux global de cotisation maximum de 28 %. Or, ce taux est déjà atteint.

La Fondation iFRAP se prononce pour un report de l'âge à 65 ans progressivement entre 2018 et 2028, soit au rythme d'un trimestre par an. Les économies à attendre sont de l'ordre de 3 milliards d'euros par an supplémentaires entre 2017 et 2022, en appliquant cette montée en charge à l'ensemble des régimes. Il s'agit d'une estimation des économies possibles de dégager se partageant entre les gains liés au report des pensions à verser et les cotisations supplémentaires à encaisser. Ce volat d'économies s'entend « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire avant de toucher au taux de remplacement ou au niveau de cotisation assurant le financement du système. Cette estimation est confirmée par différents rapports⁵.

Il est cependant aujourd'hui assez difficile de piloter l'équilibre de systèmes de retraite avec ce seul critère, les considérations de durée de cotisation et d'âge (légal, taux plein), ayant été actionnées indépendamment, voire simultanément (impact des accords des retraites complémentaires de 2015 avec la mise en œuvre de la réforme Touraine). Afin de simplifier le pilotage du régime et de sortir du débat sur l'équité entre ceux qui ont commencé à travailler jeune et ceux qui sont rentrés tard sur le marché du travail (pour cause d'études ou de chômage), **il est indispensable de transformer les régimes de retraite en régimes par points.**

Ce basculement, outre qu'il est techniquement réalisable (voir la réforme de 2004 du régime de base des professions libérales), a largement été étudié et comporte plusieurs avantages⁶ :

■ Il doit permettre un meilleur pilotage des régimes

Les points, c'est simple : les cotisations permettent d'acheter des points, des droits à retraite, à travers une valeur d'achat ; le cumul de points permet à travers une valeur de liquidation de prendre sa retraite à un âge pivot qui théoriquement assure une stricte neutralité entre les droits retraite ainsi cumulés et l'espérance de vie à la retraite⁷. Le pilotage s'opère alors sur l'âge pivot et/ou sur la valeur de liquidation des points de

retraite. C'est capital car, comme le rappelle le Comité de suivi des retraites, les mesures prises en France face au vieillissement de la population sont actuellement défailtantes : dans le régime général, on a joué sur l'équilibre entre croissance des salaires et revalorisation des 25 meilleures années sur les prix. Quant au régime de la fonction publique, on a augmenté les primes par rapport au traitement brut.

■ Le système par points permet une meilleure contributivité des régimes et une plus grande équité en affichant le rendement des points ainsi qu'une comparaison entre régimes

Parce que le système actuel avec ses multiples paramètres (âge, durée d'assurance, taux de cotisation, majoration de droits ou de durée, règles de liquidation etc.) opère des redistributions nombreuses. Ce qui contribue à rendre notre système de retraites fortement inégalitaire : entre les salariés du privé, entre les fonctionnaires, entre les polypensionnés, et bien entendu au final entre tous ces régimes. Or, pour être juste, un système ne doit pas embarquer de « passager clandestin ». Et chacun doit voir son effort contributif récompensé à l'identique, ou au moins selon des règles qui font consensus au sein de la collectivité nationale. Or, la comparaison des taux de contributivité (taux de couverture de la prestation moyenne par la cotisation moyenne, redressée du rapport démographique) montre, selon une étude d'Antoine Delarue, que les disparités sont importantes : il s'établit à 88 % pour les non-salariés, à 78 % pour les salariés et seulement 32 % pour les agents publics⁸.

■ Il doit permettre une meilleure gestion des droits non contributifs et de leur portabilité entre régimes

Actuellement, les droits dérivés ne donnent lieu à aucune cotisation (d'où leur nom de non-contributifs), ils sont mal évalués et pourtant coûtent cher (le rapport Moreau estime à 30 milliards d'euros le coût de la réversion). Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) créé en 1993 prend en charge des prestations (minimum vieillesse, minimum contributif...) ou des

■ 5 Rapport de la Commission pour l'avenir des retraites présidée par Y. Moreau en juin 2013 « L'hypothèse évoquée par certains d'un recul de l'âge légal à 65 ans aurait par définition un effet encore plus fort sur les comportements de départ. L'impact financier serait également important (8,9 Mds€ tous régimes en 2030, 14 Mds€ tous régimes en 2040), à raison d'un trimestre supplémentaire toutes les deux générations [rythme deux fois inférieur à notre proposition], l'âge de 65 ans étant atteint pour la génération 1978 (en 2043). » p. 106. Voir L'avenir des régimes de retraites, François Escalle, Fipeco, 28/06/2016.

cotisations (validation de périodes non cotisées pour la maladie, maternité, etc.) ; son budget annuel est de 25 milliards d'euros. Les règles sont très distinctes selon les régimes et la mise en place des points permettrait, dans le cadre d'un régime de solidarité unique, d'instaurer une valeur unifiée entre les régimes, portable et explicite, des avantages familiaux ou conjugaux.

Aligner puis fusionner les régimes

La France doit aller un cran plus loin et remettre à plat son système de retraite beaucoup trop complexe. Selon l'OCDE, « *la France se situe, avec la Grèce et le Japon, dans le trio de tête des pays où les systèmes sont les plus fragmentés, le nombre de régimes différents y est extrêmement élevé* ». Par ailleurs, cette fragmentation des systèmes rend impossible le pilotage du système de retraite. Plusieurs exemples récents en ont fait la cruelle démonstration⁹. L'OCDE affirme que cette réforme ne représente pas une source d'économies mais doit permettre de redonner de la lisibilité au système. Cependant, les coûts de gestion des trente-cinq régimes de retraite sont aujourd'hui très élevés (près de 2 % du PIB, contre 1 % en moyenne européenne) et les différences entre régimes sont trop nombreuses pour ne pas imaginer que des économies puissent être dégagées. Notamment sur le rapprochement de la gestion informatique des retraites¹⁰, dont la complexité est directement issue de la diversité des règles de gestion.

■ Rapprochement des régimes publics et privés : toujours la même musique

Dès qu'il s'agit de rapprocher les régimes publics et privés, ce sont toujours les mêmes arguments que l'on entend : la convergence est en marche et les taux de remplacement sont très proches. Ce n'est donc pas de ce côté-là qu'il faut chercher des économies. Fermez le ban !

La Fondation iFRAP s'est depuis plusieurs années élevée contre cet argument. Il y a fort à parier que ces taux vont évoluer en sens contraire, ceux du privé continuant leur chute. Là-dessus, la Cour des comptes reconnaît : « *La règle des 25 meilleures années adoptée en 1993,*

notamment en cas de reprise de la croissance de l'économie et donc des salaires, et l'évolution des régimes complémentaires pèseront à la baisse sur les taux de remplacement des pensions du secteur privé, alors que, à structure de rémunération inchangée entre traitement indiciaire et primes, le calcul de la pension de retraite des fonctionnaires sur la base de la rémunération indiciaire des six derniers mois rend le taux de remplacement indépendant de la croissance économique. »

Nouvel argument avancé : il n'y aurait finalement pas de différences à appliquer les règles de liquidation du secteur privé aux agents publics, les économies seraient marginales. On s'étonne dès lors de la résistance à l'alignement des régimes. À l'appui de ces affirmations, une étude de la Drees (Direction des statistiques du ministère des Affaires sociales) sur trois générations d'agents publics (1954, 1958 et 1962) à qui l'on applique les règles du privé. Les écarts paraissent limités sauf pour les fonctionnaires de la catégorie active clairement désavantagés par un tel changement. En revanche, ceux bénéficiant de forts taux de primes seraient les grands bénéficiaires.

La Fondation iFRAP s'est élevée également contre cette comparaison très incomplète car elle laisse de côté la question essentielle des cotisations tout au long de leur carrière. En revanche, l'application des majorations de durée pour enfant, plus favorable dans le privé que dans le public, explique en partie le gain lié à l'application des règles du privé. Enfin et surtout, le calcul réintègre les primes dans le calcul de la retraite alors qu'actuellement celles-ci ne sont pas prises en compte puisqu'elles ne sont pas soumises à cotisation. Or, selon des premières estimations qu'a fait réaliser la Fondation iFRAP, suite à une demande de fichiers auprès de la Drees, le montant de la retraite, hors considération des primes, est supérieur de 20 à 30 % selon les cas aux retraites du privé. Et ce sans compter le coup de pouce de fin de carrière. Le Cor reconnaît qu'en toute rigueur il faudrait savoir « *quelles auraient été les rémunérations perçues par les fonctionnaires si ces derniers avaient été affiliés, sur toute la durée de leur carrière dans*

■ 6 (Voir p. 12) Septième rapport du COR « Retraites : annuités, points ou comptes notionnels ? Options et modalités techniques » 27/01/2010, « L'examen des modalités de remplacement du calcul actuel des pensions personnelles par les régimes de retraite de base par un régime en points ou par un régime en comptes notionnels montre qu'un tel changement est techniquement possible et permet notamment d'intégrer des dispositifs de solidarité. Il soulèverait cependant des problèmes de gestion évidents et nécessiterait en conséquence d'être soigneusement préparé, ce qui implique à la fois des délais pour l'élaboration puis pour la mise en application d'une telle réforme. »

■ 7 Avec un rendement de 6 % on peut avoir un doute sur cette neutralité dans le cadre des retraites complémentaires, mais ce taux a été régulièrement abaissé.

la fonction publique, aux mêmes régimes que les salariés du privé. »

Dernier argument pour écarter toute idée de réforme : l'impossibilité technique et budgétaire. Selon la Cour des comptes, la mise en œuvre serait « *techniquement complexe* » car le calcul impose de disposer des salaires des fonctionnaires (25 meilleures années, carrière complète, et primes) alors que l'État et la CNRACL ne disposent pas des relevés de carrière. Une telle explication laisse dubitatif surtout à notre époque. De plus, les fonctionnaires qui liquident leur retraite sans avoir eu leurs 15 années dans la fonction publique ont actuellement une « affiliation rétroactive » Cnav et Ircantec, preuve que cela se fait. Mais cet argument peut être écarté puisque nous proposons de convertir la pension des futurs retraités fonctionnaires en la « cristallisant » à un instant t, et d'apporter les points acquis dans un nouveau régime.

Quant à l'argument budgétaire, la Cour estime que l'affiliation des fonctionnaires aux régimes du privé est impossible car elle laisserait à la charge des finances publiques les dépenses de pensions des actuels retraités, soit 51 milliards d'euros. Il est possible d'envisager le versement d'une compensation (soulte) par le régime unique, celui-ci se voyant attribuer une masse importante de nouveaux cotisants alors que les retraites seraient payées par l'État. Cette compensation devrait ne s'entendre que sur des « droits de référence » et donc neutraliser les règles plus généreuses éventuellement accordées par le régime public. Justement, la Cour des comptes dans son rapport fait le point sur certains de ces droits :

- suppression des bonifications : actuellement 11 % des fonctionnaires d'État partant à la retraite en bénéficient pour 236 euros de gain en moyenne par mois ; ces bonifications contribuent au bénéfice de la surcote dans la fonction publique : la part des bénéficiaires de la surcote parmi les nouveaux retraités est de 13,4 % à la Cnav mais de 30,4 % dans la fonction publique d'État (civils) ; le gain mensuel lié à la surcote est d'environ 80 euros à la Cnav

mais de 320 euros dans la fonction publique civile d'État¹¹ ;

- harmonisation des droits familiaux : coût pour les finances publiques : +700 millions d'euros mais qui pourrait être neutralisé par la suppression du supplément familial de traitement (770 millions d'euros pour l'État) ;

- harmonisation des droits conjugaux : aligner la réversion avec les conditions du privé et proratiser à la durée du mariage : économie pour les finances publiques : 116 millions d'euros rien que pour les conditions d'âge ; dans son rapport en 2010, le sénateur Jégou avait estimé à un demi-milliard d'euros en 2020 l'impact d'un alignement sur les règles du privé ;

- remise en question des catégories actives : économie pour les finances publiques : 2,3 milliards d'euros à l'horizon 2020.

Ces éléments militent une fois de plus pour la mise en place au plus vite d'une caisse de retraite pour les fonctionnaires d'État à l'image de celle qui existe pour les fonctionnaires hospitaliers et locaux, afin d'isoler en dehors du budget de l'État le poids des cotisations et des versements d'équilibre de l'État employeur appelés abusivement « cotisation employeur ». Actuellement, dire que « *les régimes de fonctionnaires reposent quasi exclusivement sur des cotisations là où les régimes du privé reposent sur des cotisations* » est très excessif.

En tout état de cause, il faut faire sauter une bonne fois pour toutes l'idée qu'« *en effet, des règles de liquidation de la retraite plus avantageuses peuvent être la contrepartie, pour certains corps de fonctionnaires, de trajectoires salariales moins favorables et reposer sur un partage différent entre le salaire direct et le salaire différé que constitue la pension* ».

■ Comment fait-on ?

Nous proposons dans un premier temps de laisser de côté les militaires. Pour les non-titulaires, ils sont au même régime que les salariés du privé, Cnav et Ircantec, donc leur alignement sur les règles du régime privé sera simplifié. Pour les titulaires, il faut calculer une pension de transfert selon les règles du public et

■ 8 (Voir p. 12) La retraite de demain, site Internet animé par Antoine Delarue, actuair-economiste conseil : www.laretraitede demain.com

■ 9 (Voir p. 13) Voir l'échec de la mise en place du groupement d'intérêt public chargé de piloter les projets de simplification des régimes reportés à 2021 ou encore l'impossibilité pour Manuel Valls de faire un geste en faveur des « petites retraites » étant donné en France le nombre de prépensionnés.

■ 10 (Voir p. 13) Article des Échos du 19/04/13 citant une étude d'Accenture qui évalue à 6 milliards d'euros les frais de gestion annuels des régimes de retraite et à 2,5 à 3 milliards d'euros les économies potentielles grâce à la simplification.

■ 11 La surcote est calculée dans le privé avant la majoration de 10 % pour enfants. En revanche, les bonifications sont prises en compte pour le calcul de la surcote des fonctionnaires s'agissant des bonifications pour enfant et pour handicap (à l'exclusion de toutes les autres).

convertir cette pension en valeur monétaire en points sur la base de la cotisation d'achat. C'est la cristallisation qui permet de s'affranchir d'une reconstitution des droits passés. Ensuite, les fonctionnaires titulaires acquerront leurs droits selon les règles du régime unique. Toutes les rémunérations seront soumises à cotisation ce qui signifie pour les agents publics y compris leurs primes. Cette mesure est dans la logique des actions entreprises par le gouvernement avec l'accord PPCR¹² signé en 2015 qui tend à réintégrer des primes dans le traitement de base des fonctionnaires. Par ailleurs, il existe déjà un certain nombre d'exceptions à l'exclusion des primes :

- la NBI : et le taux de cotisation n'est pas le taux normal ! (9,94 %) ;
- les indemnités de sujétion spéciales (police, gendarmerie, pénitentiaire) : taux spécial (taux normal + 2,2 %) ;
- l'IMT des agents du Minefi est soumise à un taux spécifique de 20 % en 2009.

La suppression des différents avantages (catégories actives, réversion, bonifications, etc.) représente un potentiel d'économies important pour financer la prise en compte des primes dans les cotisations des fonctionnaires.

Pourquoi il faut ajouter une part de capitalisation

Pour compléter la réforme des retraites que nous proposons, il faut faire le choix clair de mettre une part de capitalisation. Plusieurs pays ont mis en place des dispositifs de retraite par capitalisation obligatoire qui complète la retraite par répartition comme l'Allemagne, qui subventionne l'épargne retraite par le biais d'une défiscalisation massive afin de pallier la baisse des taux de remplacement, ou la Suède, qui a fixé à 18,5 % la cotisation dans son régime en comptes notionnels avec 2,5 % en capitalisation obligatoire individuelle. Les actifs des fonds de pension représentent 6 % du PIB en Allemagne, 9 % en Suède et seulement 0,5 % en France.

En France, même les syndicats comme la CFDT la revendique pour les cadres. Et depuis 2005, la fonction publique bénéficie d'un support, le RAFF – Régime additionnel de la fonction publique –, grâce auquel les fonctionnaires cotisent par capitalisation sur leurs primes pour la retraite à hauteur de 2 % (10 % sur leurs primes qui représentent 20 % de leur traitement brut en moyenne), exactement comme le recommande la Banque mondiale.

Le régime additionnel de la fonction publique en détail

Le régime additionnel de la fonction publique (RAFF) est né dans le cadre de la réforme des retraites de 2003 pour répondre à la critique récurrente des fonctionnaires sur la non-prise en compte de leurs primes dans le calcul de leur retraite. Ce régime qui a démarré en 2005 est un fonds de pension pour les fonctionnaires d'État, locaux et hospitaliers. Il s'agit d'un régime à cotisation définie à points. Les fonctionnaires cotisent pour 10 % de leurs primes et indemnités (5 % de cotisation employeur et 5 % de cotisation salarié) et ce dans la limite de 20 % de leur traitement brut, ce qui correspond au taux moyen de primes dans la fonction publique ; à noter que l'indemnité de « garantie individuelle du pouvoir d'achat » (Gipa) et les jours inscrits sur le compte épargne temps (CET) échappent au plafonnement. Près de 4,5 millions de personnes sont aujourd'hui titulaires de droits qui leur permettront de bénéficier d'un supplément de retraite. En 2014, près de 45 000 employeurs publics ont versé des cotisations. Depuis la création du régime, plus de 980 000 liquidations ont été traitées. L'ERAFF, établissement gestionnaire du régime, gère actuellement 16 milliards d'euros, un montant qui atteindra 100 milliards d'euros en régime de croisière.

■ 12 Pour parcours professionnel, carrières et rémunérations. Discussions avec les syndicats de fonctionnaires sur les parcours professionnels, carrières et rémunérations, suite au rapport Pécheur.

Nous avons déjà évoqué dans nos précédentes études le bénéfice pour l'économie qui permettrait d'investir plus massivement dans nos entreprises, petites et grandes, alors qu'actuellement les supports d'assurance-vie sont fortement contraints par les nouvelles réglementations prudentielles. De même, il faut rappeler la bonne résistance de ces fonds de pension face à la crise financière de 2008, ce qui devrait écarter tout débat sur la solidité d'un tel régime pour protéger les retraites de nos concitoyens. Alors pourquoi ne pas étendre à l'ensemble de la population les avantages du schéma prévu pour les fonctionnaires ? La difficulté vient du fait qu'avec la répartition, le système est irréversible : il est impossible de payer des cotisations pour financer les retraites actuellement versées et de verser des cotisations pour alimenter son propre compte en capitalisation. C'est pourquoi, dans le cadre

de la transition, il faut envisager que, le système dégageant suffisamment d'économies, on transfère des cotisations actuellement inscrites dans le système par répartition vers la capitalisation. Dans les régimes privés de retraites, la cotisation AGFF (actuellement de 2 %) a été mise en place pour assurer le financement du manque à gagner pour les régimes complémentaires de la décision d'abaisser à 60 ans en 1981 l'âge de la retraite¹³. On pourrait ainsi envisager que la cotisation AGFF, devenue inutile puisque l'âge sera porté à 65 ans, puisse être transférée à la capitalisation. Les spécialistes de la gestion d'actifs encourageront ce mouvement car les règles prudentielles qui s'appliquent aux fonds de pension sont beaucoup moins contraignantes (voir les mesures introduites par Emmanuel Macron pour développer des fonds de pension « à la française »).

Propositions de la Fondation iFRAP pour la réforme des retraites

I Étape 1 : 1^{er} juillet 2017 - Ordonnance report de l'âge d'un trimestre par an pour tous les salariés à partir de 2018 soit 65 ans en 2028. Le système par points doit permettre de fixer un âge pivot à partir duquel il sera possible de toucher sa retraite sans décote. Nous proposons que cet âge soit fixé compte tenu de l'espérance de vie à 65 ans. C'est l'âge de référence des régimes complémentaires Arrco-Agirc (taux plein). Embauche de tous les nouveaux entrants dans le public, statutaires ou contractuels, sous le régime des retraites privées en intégrant les primes.

Nous chiffrons les économies à atteindre de l'ordre de 3 milliards d'euros par an supplémentaires entre 2017 et 2022.

I Étape 2 : 2 mars 2018 - Loi de réforme des retraites, programmation du calendrier pour un régime unique de salariés du public et du privé par points (alignement des régimes).

I Étape 3 : à l'horizon 2020 - Dans le privé, fusion des régimes Cnav et Arrco-Agirc pour un seul régime des salariés du privé en points avec conversion des annuités de la Cnav en points (transition selon une technique de cristallisation). À noter que la même conversion devrait être faite pour la MSA au nom des salariés agricoles (système de régime de base identique dans ses principes à celui de la Cnav). Préalablement les régimes complémentaires en points doivent fusionner : il s'agit de l'Arrco et l'Agirc (fusion déjà prévue pour 2019), puis l'Ircantec (dont la fusion devrait se faire dans la foulée 2020).

I Étape 4 : Dès 2021 (cohortes de 1956), les salariés du privé bénéficieront d'un système unique en points. Les droits non contributifs (familiaux, réversion par exemple) seraient transférés dans une caisse à part (le plus simple étant de les rassembler dans le FSV qui

■ 13 Dans le cadre d'un alignement des règles de liquidation entre régime de base et régimes complémentaires.

rassemble déjà les droits non contributifs relatifs aux pensions minimums et les validations de cotisations pour le chômage, la maladie, etc.).

Nous proposons de retenir les éléments suivants :

- Enfants : 3 à 5 % de majoration des points par enfant, 10 % pour 3 enfants et plus, dans la limite de 1 000 euros par an.
- Chômage : le montant des allocations-chômage sert à calculer les points de retraite pendant les périodes de chômage. Dispositifs de trimestres gratuits à simplifier.
- Réversion : la pension de réversion est attribuée à condition d'être ou d'avoir été marié avec la personne décédée. En cas de remariage, la pension de réversion n'est pas attribuée. La pension de réversion est versée avec condition d'âge : 60 ans au moins. Deux solutions peuvent être envisagées : le financement de la retraite de réversion par une cotisation additionnelle ou la réversion sur option. Ou alors le partage des droits (*splitting* appliqué en Allemagne et en Suède) : les droits acquis pendant le mariage appartiennent aux deux conjoints et sont partagés lorsque l'un des deux décède ou en cas de divorce.

Financement :

Les cotisations seraient plafonnées à 4 fois le plafond de la Sécu, soit 154 464 euros par an dans un premier temps, mais l'idée serait de baisser peu à peu ce plafond à 3 (112 000 euros). Aujourd'hui, les cotisations Cnav sont sur le plafond Sécu (et une part sur totalité de la rémunération) et les cotisations Agirc vont jusqu'à 8 fois le plafond de la Sécu. Certes, il s'agira d'un manque à gagner mais compensé par le report de l'âge. Selon les informations de l'Insee, sur l'échelle des salaires des salariés du secteur privé, seuls 1 % d'entre eux toucheraient un salaire supérieur à 3 PSS.

Une part de capitalisation obligatoire sera instaurée. Cette cotisation sera incluse dans l'enveloppe des cotisations, toujours dans la limite de 4 PSS.

En parallèle, il faut tracer la feuille de route de convergence du système de retraite des agents publics.

On crée une caisse pour les fonctionnaires d'État à partir du 1^{er} janvier 2019 (et on la fusionne ensuite à l'horizon 2021 avec la CNRACL qui gère les retraites des fonctionnaires locaux et hospitaliers).

Cristallisation à la date du 1^{er} juillet 2019 des droits à pension des agents – on calcule une retraite à une date de transfert du système (idem pour les fonctionnaires locaux et hospitaliers). À partir du 1^{er} juillet 2019 : cotisation sur la rémunération primes comprises dans la limite de 4 PSS. Les droits non contributifs sont alignés entre régimes. La RAFP reste le fonds de capitalisation des agents publics.

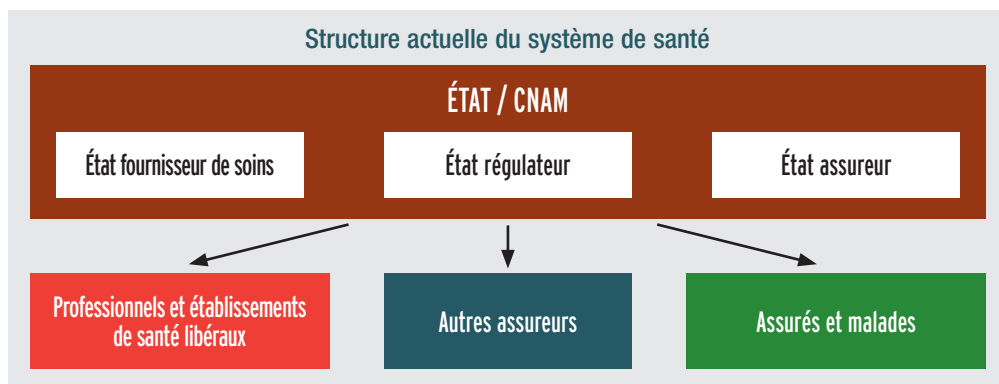
Remédier au déficit de l'État lié au transfert des cotisants vers le régime unique par la mise en place d'une compensation (sur la base de droits de référence et donc neutraliser les règles plus généreuses éventuellement accordées par le régime public).

Nous chiffrons les économies à attendre de l'ordre de 3 milliards d'euros par an supplémentaires entre 2017 et 2022.

Construire un système de santé prêt au changement

« *La France est très en retard dans l'utilisation des données de santé* »¹⁴. Mais aussi pour la chirurgie ambulatoire, la télémédecine, le dossier médical informatisé, le suivi des malades chroniques et dans de nombreux autres domaines. Malgré un niveau de dépenses record et à côté d'une médecine de pointe souvent performante, notre système de santé est réticent au changement. Une rigidité d'autant plus inquiétante

que les évolutions en cours sont plus radicales et plus rapides que jamais : génomique, robots, besoins des malades, rôles des soignants, etc. Pour combler retards et déficits, nos gouvernements finissent toujours par lancer des plans d'urgence. Mais ces programmes de rattrapage ne répondent pas à la question de fond : **comment construire un système de santé qui ne prenne plus de retard ?**



Comme le montre le diagramme ci-dessus, alors que l'État devrait d'abord être le régulateur impartial, l'incohérence de l'architecture actuelle du système est à la source de ces blocages avec le monopole État/Cnam qui est 1) empêtré dans ses trois rôles contradictoires, 2) en conflit avec des concurrents qu'il est censé réguler, et 3) un goulot d'étranglement qui freine les initiatives. Une position qui l'a conduit par exemple à laisser ouverts certains de ses services de soins dangereux ou inutiles, à créer de coûteux services de pointe redondants, à favoriser à qualité égale des établissements plus coûteux que leurs concurrents et à continuer à construire de gigantesques hôpitaux déjà inadaptés le jour de leur inauguration puisque la tendance est à la réduction drastique du

nombre de lits et aux établissements spécialisés. La Cnam de son côté, dirigée par l'État et gérée par les syndicats au bénéfice de ses salariés, reste focalisée sur son rôle de payeur aveugle, et n'est pas en position de dynamiser le système de santé.

Malgré leur dispersion et leur champ d'action limitée par la loi, ce sont les complémentaires santé, mutuelles en grande majorité et assureurs privés, qui se montrent les plus dynamiques pour innover (conseil, expérimentation, filières de professionnels) ; certainement grâce à leur proximité avec leurs clients et à l'émulation entre elles. Des pays étrangers (ex. Allemagne, Pays-Bas), partis d'une situation similaire à la nôtre, ont restructuré avec succès leur système de santé. C'est indispensable pour sauver le nôtre.

■ 14 Rapport de la Cour des comptes d'avril 2016.

Nombreux problèmes, nombreuses opportunités, mais un mur entre les deux

Notre système de santé souffre de nombreux dysfonctionnements qui pénalisent toutes les parties prenantes : désorganisation des services aux malades, mécontentement des professions médicales, retards dans l'organisation des soins, évaluation insuffisante de la qualité des soins, coût élevé et déficit récurrent de l'assurance

maladie obligatoire. Mais grâce à l'importance humaine et économique de la santé, des investissements mondiaux massifs ouvrent des opportunités spectaculaires aussi bien technologiques qu'organisationnelles. En parallèle, l'évolution de la société introduit de nouvelles contraintes mais aussi des opportunités.

19

Problèmes	Opportunités
SERVICES AUX MALADES	TECHNOLOGIQUES
Malades égarés dans un système de soins complexe	Dossier médical informatisé
Services d'urgences inadaptés et surchargés	Décodage du génome
Faible activité de prévention	Médecine de précision
Faible responsabilisation des assurés	Finesse des résultats d'analyse et d'imagerie médicales
Suivi inorganisé des maladies chroniques	Téléconsultation (téléphone, Internet, capteurs)
Déserts médicaux / délais d'attente	Analyse des données médicales collectives (big data)
Absence de permanence des soins de ville	Suivi des données médicales individuelles
Coût global (Cnam + complémentaire + reste à charge)	Système expert de diagnostic
Inégalités d'accès entre assurés et malades	Robot d'assistance chirurgicale
PROFESSIONS MÉDICALES	Explosion du progrès des connaissances médicales
Mécontentement des professions médicales	Accès immédiat à l'information médicale
Formation initiale et continue des médecins inadaptée	Vague de nouveaux médicaments (ex. : cancer, hépatite)
Absence d'évaluation des médecins	ORGANISATIONNELLES
Recrutement de médecins étrangers très hétérogènes	Chirurgie ambulatoire
ORGANISATION DES SOINS	Hospitalisation de jour
Désorganisation des hôpitaux publics	Hospitalisation à domicile
Absence de suivi entre l'hôpital et la médecine de ville	Établissements de soins spécialisés
Nombre excessif de services de pointe	Parcours structuré de soins
Retards en chirurgie ambulatoire	Suivi méthodique des maladies chroniques
Accueil très limité de malades étrangers payants	Émergence de nouveaux métiers médicaux
QUALITÉ DES SOINS	Informatisation de l'administration médicale et comptable
Peu de mesure de la qualité des soins	SOCIÉTALES
Examens et traitements inutiles ou nuisibles ¹⁵	Nouveau partage des rôles entre professionnels de santé
Absence de suivi des traitements par les malades	Accès des malades à l'information médicale
ASSURANCES / PAYEURS / ASSURÉS	Allongement de la durée de vie
Non-sélection des fournisseurs selon qualité/coût	Équilibre vies professionnelle/personnelle des soignants
Sélection des risques clients par les complémentaires	Accès aux systèmes de soins étrangers
Double système d'assurance (Cnam + complémentaires)	Responsabilisation des assurés et malades
Déficit récurrent	
Coût élevé des nouveaux traitements	

■ 15 Pour une même pathologie, à population standardisée, le nombre d'interventions varie de 1 à 4 selon les départements (ex. appendicectomie, fracture de la hanche), Rapport 2016, ministère de la Santé, ATIH, IRDES.

État/Cnam : omnipotent, partial, impuissant

Pour que le système de santé résolve ses problèmes en tirant parti de ces opportunités, il faudrait qu'elles soient rapidement évaluées, et mises en application réelle dans des contextes diversifiés et par de multiples acteurs : les résultats de produits ou services innovants sont très différents selon les environnements sociaux, selon l'engagement des équipes *a priori* favorables ou opposées, et selon la façon dont les payeurs les prennent en charge (ex. : les téléconsultations ou le suivi automatique des diabétiques ne peuvent pas se développer si aucun mode de facturation n'est organisé).

Les acteurs de la santé (hôpitaux publics, hôpi-

taux privés, cliniques privées, médecine libérale, assurés, malades, assureurs) sont conscients des dysfonctionnements actuels et des bouleversements à venir, et constatent qu'entre les problèmes et les solutions, l'État/Cnam constitue un goulot d'étranglement qui freine considérablement les évolutions nécessaires.

En situation de monopole et empêchés par leur taille, l'État et la Cnam n'ont ni la motivation ni l'agilité nécessaires pour tirer parti des vagues de changements. Le cas de la chirurgie ambulatoire est un exemple typique de cette inertie structurelle. Le témoignage du directeur d'hôpital ci-dessous le confirme : il manque au système un mode de régulation et de motivation spontanées.

Vingt à trente ans de retard en chirurgie ambulatoire

Témoignage public d'un ancien directeur d'un grand hôpital de province

■ Pourquoi on n'a pas mis en place plus tôt de service de chirurgie ambulatoire ?

« Parce qu'on n'avait aucune motivation. Les personnels soignants et administratifs savaient que cette façon de soigner se mettait en place dans le monde entier depuis les années 1985-1990. Mais puisque son application en France aurait entraîné réorganisation et conflits, rien n'a été fait, faute de motivation. »

Quels leviers de changement ?

La question est donc de savoir quels leviers feront sortir notre système de santé de ce blocage et qu'il ne soit plus éternellement en mode rattrapage. Classiquement, quatre sont proposés : le dévouement, le management, la bureaucratie et la liberté-responsabilité.

- Il est tentant de croire que les trois millions de personnes qui travaillent dans le système de santé français sont si *dévouées* qu'elles peuvent le faire fonctionner quelle que soit son organisation. Les taux d'absentéisme plus élevés dans les hôpitaux publics et dans les organismes d'assurance maladie obligatoire que chez Renault ou L'Oréal montrent que ce n'est pas réaliste. Comme on le constate à l'occasion des négociations dans les hôpitaux, leurs personnels défendent d'abord des temps de travail, des salaires, des RTT et des régimes de retraite dérogatoires, voire le simple agrément de travailler à Paris, dans l'île de la

Cité. De leur côté, les professionnels libéraux sont aussi sensibles aux incitations financières ou de prestige que leurs homologues cadres, professions libérales ou commerçants.

- Faute de motivation automatique, certains pensent qu'il est possible, sans rien changer, de dynamiser ces trois millions de personnes, grâce à un *management* entraînant ou contraignant. C'est possible au niveau d'un service – et c'est ce qui se passe parfois dans certains services –, mais pas en moyenne dans un système aussi massif. Le gouvernement change régulièrement les directeurs des hôpitaux français (à Paris et Marseille, c'est tous les trois ans), en choisissant des responsables compétents et passionnés, sans résultat probant.

- La *bureaucratie*, c'est la méthode de gestion actuelle où les acteurs des hôpitaux et de la médecine libérale se plaignent de recevoir chaque matin des liasses de nouvelles instructions en

provenance des divers organismes du ministère. Une procédure classique de management administratif condamné à descendre dans des détails de gestion de plus en plus raffinés, mais qui déclenche l'inertie et l'hostilité des intéressés. Pour tenter d'améliorer la performance des Caisses publiques d'assurance maladie, les gouvernements ont, à chaque renouvellement, multiplié par deux le nombre de pages de leurs Conventions d'objectifs et de gestion (COG), passant de 38 en 2002 à 236 pages en 2014, sans résultat concluant. La méthode est déjà inadaptée à ces caisses dont les travaux sont volumineux mais purement administratifs. Elle est absurde pour les hôpitaux dont les activités réunissent une variété unique de personnels, de clients, et de produits et services, techniques et humains à fournir en temps réel 24/24. Leur COG pourrait compter 100 000 pages, et le ministère leur envoyer chaque jour 500 pages d'instructions complémentaires, la gestion bureaucratique de chaque hôpital serait toujours aussi inefficace.

Scénario Fondation iFRAP

La réforme de fond consiste à tabler sur la **liberté-responsabilité** des parties prenantes, et donc à ramener l'État à son rôle de stratège et de régulateur, des responsabilités déjà très complexes.

■ Établissements de soins

La première mesure est de rendre autonomes les hôpitaux publics, en coupant leur dépendance avec l'État, sur le modèle des hôpitaux mutualistes ou de fondations. Une mesure qui leur permettra par exemple de choisir diverses structures d'organisation au-delà du modèle unique actuel (directoire/conseil de surveillance, services/pôles). Et comme il est impossible de gérer ces organismes complexes quand les salaires, les recrutements, les carrières et les façons de travailler sont gérés par ailleurs, tous les nouveaux employés devront être embauchés par l'hôpital sous un statut de droit privé. Une mesure indispensable pour que ces hôpitaux soient capables de subsister dans un cadre de concurrence équitable. Comme à France Telecom, les salariés existants pourront choisir entre l'ancien et le nouveau statut. Les conseils d'administration des hôpitaux, responsables du

choix des directeurs et de la performance de leur hôpital, ne pourront plus se cantonner dans une attitude du « toujours plus » vis-à-vis du gouvernement. Ils devront inclure une moitié d'administrateurs indépendants à côté de représentants des collectivités locales, des personnels des hôpitaux et d'associations d'assurés et de malades.

■ Assureurs

La seconde urgence est de couper le lien entre l'État et l'assurance maladie obligatoire (Cnam) qui devra devenir un acheteur avisé de soins. Qui dit avisé dit évaluation, et donc risque de partialité ou d'erreur de jugement. Comme il serait insupportable pour les fournisseurs de soins de se retrouver face à un acheteur-évaluateur unique, l'assurance santé au premier euro devra être ouverte à la concurrence. Une réforme qui mettra fin à la situation française unique où 95 % des assurés le sont par deux assureurs (Cnam + complémentaire) avec des coûts élevés, les candidats les plus probables¹⁶ pour fournir ces contrats au premier euro seront les complémentaires santé actuelles, et éventuellement la CnamTS et la MSA. Une configuration qui existe déjà dans de nombreux cas. La Cnam elle-même propose une complémentaire santé que peuvent choisir les titulaires de la CMU. En Alsace Moselle, la Cnam fournit à la fois l'assurance de base et la complémentaire. Et plus de vingt millions de Français actifs et retraités adhérents des mutuelles du secteur public comme la MGEN des enseignants, la MPCDC des employés de la Caisse des dépôts¹⁷ ou la mutuelle de la SNCF n'ont déjà qu'un seul interlocuteur pour leur frais de santé : l'assureur complémentaire qu'ils ont choisi gère aussi l'assurance de base en délégation de service public. Une situation dérogatoire commode pour ces personnes mais malsaine, ces complémentaires n'étant pas responsables de la bonne gestion des dépenses faites au titre de la base. En plus d'être des acheteurs avisés, ces assureurs au premier euro pourront proposer des services à leurs clients, comme des mutuelles et des assureurs ont commencé à le faire, conseils que la Cnam actuelle ne fournit pas (neutralité oblige). Ces assureurs seront tenus d'accepter tous les clients au même tarif, réalisant une solidarité effective

■ 16 Quatre types de candidats envisageables : associations d'assurés, assureurs, associations de malades, groupements de professionnels de santé.

■ 17 La MPCDC ne gère l'assurance maladie au premier euro que pour les fonctionnaires de la CDC, pas pour les autres. Un exemple qui souligne l'absurdité du système.

entre assurés, contrairement à l'assurance maladie obligatoire¹⁸ et surtout aux complémentaires santé actuelles. Cette non-sélection sera garantie par un mécanisme de compensation entre assureurs comme en Allemagne et aux Pays-Bas. Pour fournir un véritable service, le nombre de ces assureurs au premier euro (500 complémentaires santé actuellement) diminuera. Mais tout en restant financièrement responsables au premier euro, certaines complémentaires pourraient soustraire la gestion comptable à d'autres assureurs, y compris à la Cnam.

■ **Assurés**

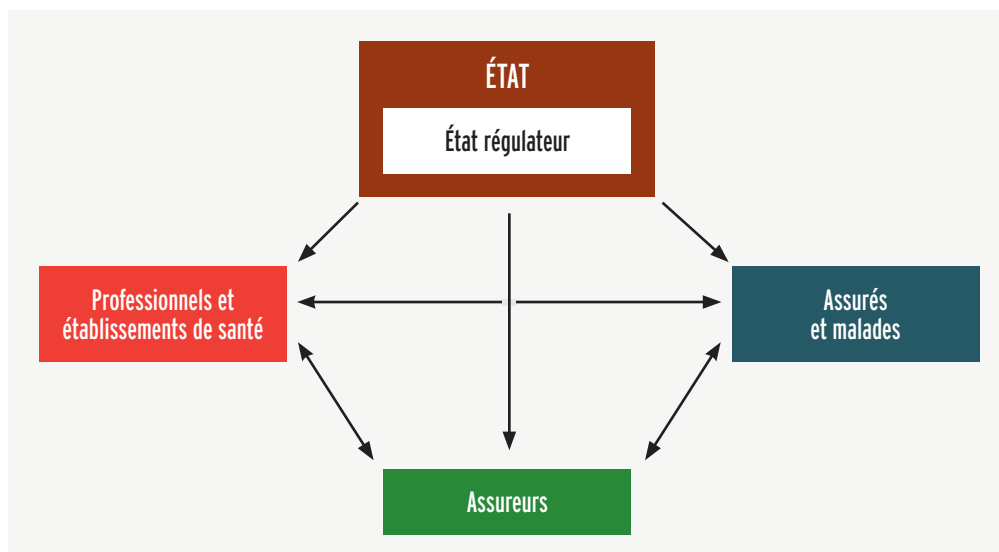
Pour améliorer la responsabilisation des assurés et des malades, les assureurs pourront proposer

des contrats incluant une contribution annuelle globale¹⁹ en cas de soin et un bonus annuel en cas de non-soin, des mécanismes limités à effets limités, le principal outil de responsabilisation étant le lien que l'assureur saura créer avec ses assurés à travers des conseils et de la prévention.

■ **Soins de proximité**

Pour les interventions au plus près du terrain, la permanence des soins et l'hospitalisation à domicile, la responsabilité de leur organisation (pas de leur réalisation) sera, comme aux Pays-Bas, transférée de l'État aux collectivités locales qui assurent déjà l'aide sociale de proximité, ces deux aspects étant très souvent liés notamment pour les personnes dépendantes.

■ **Structure du système de santé**



Les aspirations des citoyens et des professions médicales sont très diverses, et ne peuvent plus être satisfaites par une seule réponse fournie à un guichet unique mais être négociées entre assureurs, assurés et professions médicales : par exemple, de quels conseils les assurés ou les malades ont besoin ? Comment des maisons de santé doivent être mises en place ? Comment rémunérer les professions médicales (à l'acte, par capitation, globalement par traitement, individuel ou pour l'équipe, au résultat, etc.) ?

Les prix des consultations et des soins seront progressivement négociés entre assureurs et professions médicales ou fournisseurs de soins²⁰. Le rôle de l'État restera primordial, mais dans la politique de santé, la fixation des objectifs et le contrôle des résultats, pas dans la gestion au jour le jour. Ce n'est pas à l'État de décider des méthodes de prise en charge des malades (ex. : plus ou moins de chirurgie ambulatoire, comment développer la télémédecine), ni même si les tarifs doivent être

■ 18 Un salarié du privé ne peut pas adhérer à la caisse d'assurance maladie de la SNCF ou des fonctionnaires.
 ■ 19 Un mécanisme similaire au forfait hospitalier.
 ■ 20 C'est ce qui s'est passé aux Pays-Bas où 70 % des prix des soins hospitaliers sont négociés sans intervention de l'État.

identiques dans les hôpitaux et les cliniques (les établissements dont les prix seront trop élevés à qualité égale, perdront leurs clients) mais aux offreurs de soins (établissements de soins, médecine de ville) et aux acheteurs, malades et assureurs.

Équilibre financier

Mettre fin aux déficits de l'assurance maladie et ramener les dépenses liées à la santé dans la moyenne européenne (soit entre 10,5 et 11 % du PIB contre 11,7 % actuellement) est indispensable pour assurer la *soutenabilité* du système.

■ Assurance maladie

L'affiliation à une des caisses d'assurances maladie obligatoires (CnamTS, MSA, RSI, CCAS RATP, CPR SNCF...) étant automatique, leurs coûts de recrutement et de collecte des cotisations sont faibles. Et en tant que payeur aveugle, leurs charges de production sont limitées. Les écarts de coûts de gestion entre ces organismes sont néanmoins élevés allant de 3,5 à 6,4 % des prestations versées.

Le total des frais de gestion des 86 caisses de l'assurance maladie obligatoire est de 6,5 milliards d'euros.

Les 500 complémentaires santé ont au contraire des coûts de recrutement et de collecte des cotisations importants. Mais aussi de production : ne gérant que 12 % des dépenses, le remboursement de quelques euros entraîne un traitement (informatique, virement, correspondance) identique à celui de la Cnam qui rembourse trois à dix fois plus. Résultat : des coûts globaux de 22 % en moyenne, allant de 14 à 50 % des prestations versées, pour un total de 6,2 milliards d'euros.

La Cour des comptes a estimé qu'une économie de 1,7 milliard d'euros est réalisable à structure égale, en améliorant la gestion du système. La réforme proposée par la Fondation iFRAP consiste à réduire en cinq ans ces doubles frais de gestion inutiles, et à en consacrer une partie à développer des services utiles d'acheteur avisé : conseil aux assurés et aux malades, constitution de filières de soins performantes, prévention, promotion de nouvelles technologies.

Scénario « assurance choisie par l'assuré » : évolution des dépenses de gestion

En millions d'euros par an	Baisse des dépenses	Nouvelles dépenses
Optimisation de la gestion	1 000	
Suppression des doubles gestions (Cnam + complémentaire)	4 800	
Acheteur avisé & conseil aux assurés		2 000

■ Système de soins

Au-delà du système d'assurance, les gains les plus importants liés à la réforme proposée par la Fondation iFRAP se situent au niveau du système de soins lui-même. La comparai-

son avec les pays voisins montre qu'une baisse des dépenses de 1 % du PIB est faisable en dix ans. C'est aussi l'avis du cabinet McKinsey qui estime la réduction possible des dépenses de 7 à 10 % tout en améliorant la qualité.

En millions d'euros par an	Réduction des coûts
Gestion des hôpitaux	4 000
Diagnostics et traitements évités	5 000
Nouvelles technologies/organisations	6 000
Total	15 000

Les différentes variantes de réformes du système de santé

	Assureur	Responsabilité
Situation actuelle	Complémentaires santé	Presque tout
	Cnam	Presque tout
Proposition A	Complémentaires santé	Optique et dentaire
	Cnam	Tout le reste
Proposition B	Complémentaires santé	Petit risque
	Cnam	Gros risque
Proposition C	Complémentaires santé	Inchangé
	Cnam	Inchangé + franchise annuelle fonction des revenus
Proposition D	Complémentaires santé	Rien
	Cnam	Tout
Proposition iFRAP	Une assurance santé choisie	Tout le panier de soins obligatoire + des options

Avec le maintien de deux niveaux d'assurance, les propositions A, B et C ne résolvent pas les problèmes de la situation actuelle : 1) la santé d'une personne est globale et ne se divise pas, 2) la frontière entre deux régimes d'assurance est floue, et 3) les coûts sont inutilement élevés. La proposition D renforce le monopole de l'assurance obligatoire et donc la rigidité du système, source des problèmes actuels.

Conclusion

Sur les objectifs du système de santé, il existe un large consensus : excellente qualité, pour tous, à un coût acceptable et similaire à celui des pays voisins. Un accord qui devrait engager les parties prenantes (assurés, malades, fournisseurs de soins, assureurs et responsables politiques) à se concentrer sur les moyens ci-dessus d'atteindre ces objectifs, plutôt qu'à rabâcher de grands principes contestés par personne : « garantir l'accès à la santé pour tous », « améliorer le parcours de soins », « mettre un terme aux gâchis », « améliorer la prévention », etc.

Chaque année, le vote du budget de l'assurance maladie donne lieu à de petits ajustements, et à des manipulations de chiffres

destinées à montrer que la situation va s'améliorer. Tous les trois ans, un ministre fait voter les centaines d'articles d'une loi qui ne touche pas à l'essentiel. Et tous les cinq ans, les négociations entre l'État, l'assurance maladie et les professions médicales se limitent à des marchandages dont le point clef est de savoir si la consultation passera à 24 ou 25 euros. Comme dans de nombreux autres domaines (ex. établissements scolaires, universités, logement), il n'existe pas de « petite » réforme efficace du système de santé français. Soit il continue à se dégrader avec une baisse de la qualité, le mécontentement des malades et des professionnels de santé, et des déficits permanents, soit l'État se concentre sur son rôle de régulateur et sort de la gestion des hôpitaux publics qui doivent devenir autonomes et de l'assurance maladie obligatoire qui doit être ouverte à la concurrence. C'est la direction choisie par l'Allemagne et les Pays-Bas pour l'assurance et tout ou partie des hôpitaux. Débloquer ces deux articulations, hôpitaux et assureurs, est la condition pour que notre système de santé retrouve son dynamisme tout en améliorant sa qualité et son équité, et équilibre ses comptes.

Dépenses courantes de santé, France 2015, en milliards d'euros

Coûts de gestion	15
Recherche et formation	12
Soins ambulatoires	104
Hôpitaux publics	70
Cliniques et hôpitaux privés	21
Soins de longue durée	20
Prévention	6
Indemnités journalières	14
Autres dépenses	1
Total	263

Propositions de la Fondation iFRAP de réforme du système de santé

Dissocier les rôles : Régulateur, Fournisseurs de soins, Assureurs, Assurés

- Appliquer un statut d'autonomie aux hôpitaux publics ;
- Recruter les nouveaux salariés des hôpitaux sous contrat privé ;
- Déléguer si besoin la gestion d'hôpitaux publics à des opérateurs privés ;
- Ouvrir l'assurance maladie au premier euro à la concurrence régulée ;
- Déléguer si besoin la gestion de caisses CPAM à des opérateurs privés.

Maîtriser le financement du système de santé

- Fixer une « règle d'or », zéro déficit du système de santé ;
- Décider chaque année le niveau acceptable des dépenses de santé socialisées ;
- Mettre en place des mécanismes de responsabilisation des assurés/malades ;
- Proposer une contribution annuelle optionnelle globale (en cas de prise en charge) ;
- Proposer un bonus annuel optionnel (en cas de zéro prise en charge).

Organiser le système de soins

- Déléguer aux communes l'organisation des permanences médicales/soins à domicile ;
- Ouvrir les données médicales anonymisées aux associations, assureurs, entreprises ;
- Ouvrir leurs données médicales aux assurés qui le veulent.

Les étapes

- Janvier 2018** : Ouverture des données de santé anonymisées ;
- Janvier 2019** : Autonomie d'un tiers des hôpitaux (choix parmi les mieux préparés) ;
- Janvier 2019** : Extension de la délégation de service public à toutes les complémentaires ;
- Janvier 2020** : Lancement de l'étude « Établir la compensation d'équité entre les complémentaires santé » ;
- Janvier 2020** : Recrutement des salariés des hôpitaux sous statut privé ;
- Janvier 2020** : Déléguer aux collectivités locales l'organisation des soins de proximité ;
- Janvier 2021** : Autonomie de tous les hôpitaux ;
- Juillet 2021** : Ouverture à la concurrence de l'assurance santé au premier euro.

Annexe : des moyens importants

Les Français ont accès à un nombre de médecins similaire à celui de nos voisins. Leur nombre a plus que doublé depuis 1982 alors que le nombre d'habitants n'augmentait que de 16 %. Depuis 2007, le nombre de nouveaux étudiants dépasse le nombre de départs en retraite. Le seul problème sera de savoir si

ces professionnels formés à prix d'or décideront de soigner les Français ou de s'exfiltrer dans d'autres activités, découragés par la situation administrative qui leur sera faite. Parmi les autres professionnels de santé, les infirmières sont plutôt moins nombreuses que dans les autres pays²¹.

Nombre de médecins pour 1 000 habitants

Canada	États-Unis	Royaume-Uni	Pays-Bas	France	Suède	Allemagne	Italie	Espagne
2,4	2,5	2,8	3,0	3,2	3,9	4,00	4,10	4,35

Source : statistiques mondiales - www.statistiques-mondiales.com/medecins.htm

De leur côté, les hôpitaux publics ont fortement augmenté le nombre de leurs personnels malgré les progrès techniques qui auraient dû

le réduire au moins dans les secteurs administratifs et de laboratoires.

Effectifs des hôpitaux publics

(En milliers)	1990	2000	2012	2012/1990
Fonction publique hospitalière	784	930	1 137	+ 45 %
Population	57 966	60 508	65 241	+ 12 %

Source Insee : Emploi de la Fonction publique 2011 et 2015.

En pourcentage du PIB, notre pays est celui qui dépense plus que tous les pays européens, une charge qui handicape la compétitivité de

notre économie sans fournir des soins meilleurs qu'à l'étranger (1 % de PIB français = 20 milliards d'euros).

Dépenses de santé en % du PIB²²

	Espagne	Royaume-Uni	Italie	Suède	Danemark	Belgique	Allemagne	France	Pays-Bas
2013	8,9	9,1	9,1	9,7	10,6	11,2	11,3	11,7	12,9
2014	9	9,1	9,2	11,9	10,8	10,6	11,3	11,5	10,9

Source : Banque mondiale, chiffres 2013.

L'assurance maladie obligatoire est en défic permanent contribuant à aggraver une dette sociale actuellement de 135 milliards d'euros.

Une situation inadmissible pour des dépenses de consommation courantes.

Déficit des régimes d'assurance maladie obligatoire

1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
2,4	1,6	6,1	11,6	5,9	4,4	11,6	5,9	6,5	4,1

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2015, PLFSS 2017.

■ 21 Les écarts entre pays montrent que la quantité de personnels de santé n'est pas un critère absolu de qualité, laissant supposer que l'organisation du système joue un grand rôle dans sa performance.
 ■ 22 Le niveau de dépense des Pays-Bas est variable suite à une réforme systémique en 2006. Celui de la Suède en 2014 est atypique. Sur une période de dix ans, le taux de ces deux pays est en moyenne inférieur de 1,2 point par rapport à la France.