

SALAMATI

CONSEIL

**CONSTRUIRE LE SYSTEME
DE SANTE DU XXIème
SIECLE**

**Frédéric BIZARD
Pour
ASSPRO scientifique**

Juin 2016

SOMMAIRE

I/ Fonder l'organisation des soins sur la proximité, la qualité et l'équilibre public/privé

I.1/ Réussir le virage ambulatoire et instaurer une médecine de parcours

- Créer des centres ambulatoires universitaires
- Mettre en place un contrat thérapeutique pour les patients ALD

I.2/ Réformer l'hôpital

- Repenser les modèles hospitaliers
- Repositionner le CHU sur sa mission première : l'excellence
- Conserver l'équilibre public-privé à l'hôpital

I.3/ Garantir une diffusion rapide du numérique santé

I.4/ Promouvoir un renouvellement des modes d'exercice et des métiers

II/ Bâtir le financement de la santé autour de deux principes : équité et liberté

II.1/ Pour plus d'équité : créer un régime santé universel unique

II.2/ Instaurer une nouvelle architecture de financement de la santé :

- Mettre en place un payeur unique par type de prestation
- Garantir la liberté de choix des assurés
- Préserver l'indépendance des professionnels de santé
- Restructurer le financement de la santé en diminuant le coût du travail

III/ Pour une nouvelle gouvernance de notre système de santé

- Pour un Etat stratège et régulateur et une gouvernance opérationnelle confiée à une nouvelle structure de démocratie sanitaire

IV/ Développer une politique globale de maintien en bonne santé

- Mettre en place une gestion transversale interministérielle de la politique de santé publique
- Revaloriser les spécialités médicales de santé publique

CONSTRUIRE LE SYSTEME DE SANTÉ DU 21^{ème} SIECLE

Notre système de santé n'a pas été structurellement adapté pour répondre aux nouveaux enjeux de ce début du 21^{ème} siècle. Une **triple transition** - démographique, épidémiologique et technologique – est en cours et change radicalement l'environnement. Notre système **hospitalo et curativo centré** est inadapté à la gestion d'un risque santé dominé par les pathologies chroniques et des technologies qui favorisent une prise en charge en ambulatoire. La vague d'innovations (NBIC) sans précédent va produire des effets majeurs sur le plan stratégique et opérationnel, collectif et individuel.

Si on tient compte uniquement des critères d'espérance de vie, de part des dépenses de santé en part de PIB et de dépenses de santé par habitant, la France se classe en **19^{ème} position des pays les plus développés**¹. Nos dépenses de santé ne produisent pas un résultat sur le plan sanitaire supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE². Nous pâtissons d'une mauvaise allocation des ressources et d'un manque d'efficacité dans plusieurs secteurs. Cela se manifeste par un excès de dépenses hospitalières et administratives, ainsi que par une croissance non maîtrisée des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD).

Nous devons mettre en place une nouvelle stratégie de santé, répondant aux nouveaux enjeux. En 1945, l'objectif premier était l'accès aux soins pour tous, et cet objectif a été globalement atteint à la fin du XX^{ème} siècle. Aujourd'hui, l'objectif prioritaire de tout pays développé doit être « **un accès à la santé pour tous** », autour de deux axes : « **le maintien en bonne santé de la population** » et « **l'accès aux meilleurs soins aux meilleurs coûts pour tous** ». Cette nouvelle frontière implique de réaliser une réforme systémique, en repensant l'organisation de l'offre de santé, notre système de financement, la gouvernance et en mettant en place une véritable politique de maintien en bonne santé. C'est l'objet de ce programme de réformes.

Ce dernier s'inscrit dans le respect des valeurs fondamentales historiques - la **liberté, l'égalité et la solidarité** - de notre système de santé. Nous considérons que la liberté de choix par les patients de leur professionnel de santé et de leur établissement, l'indépendance professionnelle des soignants, l'égalité de prise en charge de tous les citoyens sur tout le territoire quelque soit leur niveau de ressource et la solidarité du financement sont des principes cardinaux à renforcer dans notre nouveau système de santé.

De même, **nous partons du principe que l'ensemble des acteurs de santé existants** – du secteur public comme du secteur privé – doivent être conservés, même si chacun sera amené à se restructurer. Pour cela, il est nécessaire de mettre un coup

¹ Classement Bloomberg, selon banque mondiale, FMI, OMS

² La France a dépensé en 2013 pour la santé l'équivalent de 10,9% de son PIB contre 8,9% en moyenne dans l'OCDE, et se classe en sixième position sur ce critère (Source : Health at a glance-OCDE -2015)

de frein au mouvement d'étatisation du système qui s'est accéléré ces dernières années. Limiter l'intervention de l'administration à une juste régulation, redynamiser l'exercice libéral de la médecine, donner davantage d'autonomie de gestion aux hôpitaux publics et réaffirmer le rôle de l'assurance maladie dans le financement sont les mesures qui illustrent ce changement de cap.

Enfin, l'adaptation de notre système de santé aux nouveaux enjeux doit permettre une meilleure maîtrise des dépenses de santé grâce à une approche basée sur l'efficacité et non sur la seule approche comptable.

I/ Fonder l'organisation des soins sur la proximité, la qualité et l'équilibre public/privé

I.1/ Virage ambulatoire et médecine de parcours

La médecine française s'est organisée autour de l'hôpital depuis les ordonnances Debré de 1958. L'hôpital public, par la création des CHU, avec ses trois missions de soins, d'enseignement et de recherche est devenu le centre de gravité de notre système de santé.

En matière de formation, alors que les généralistes ont une activité ambulatoire exclusive en ville et en campagne, leur formation se passe principalement à l'hôpital. Dans ce schéma hospitalo-centré, la médecine générale n'a jamais été reconnue à sa juste valeur. Cette situation s'est aggravée ces dernières années avec une sous valorisation des actes et une perte d'attractivité de la spécialité. La conséquence en est le développement de zones sous-dotées en médecins généralistes de plus en plus nombreuses et une baisse de 10%, depuis 2007, du nombre de médecins généralistes³. Ce phénomène – dit de désertification médicale – s'étend à d'autres spécialités médicales et s'accélérera si des mesures adéquates ne sont pas prises.

Objectifs : Concrétiser le virage ambulatoire en étendant les prérogatives hospitalières à des structures ambulatoires. Créer des passerelles ville-hôpital. Faciliter l'installation des médecins libéraux sur tout le territoire et revaloriser la médecine générale.

Sans créer de nouvelles structures mais en se reposant sur les structures existantes, il s'agit de réussir le virage ambulatoire en valorisant la médecine de proximité.

Le virage ambulatoire ne sera réellement pris que si les prérogatives hospitalières en enseignement et en recherche sont étendues aux centres ambulatoires de ville et de campagne, en inscrivant dans la loi que ce sont des lieux de soins, de recherche et d'enseignement.

³ Source : Atlas de la démographie médicale 2015-CNOM

- **Créer des centres ambulatoires universitaires**

On labélisera des structures de ville comme des « centres ambulatoires universitaires (CAU) » selon un cahier des charges à définir. Ces CAU seront reconnus dans notre système de santé comme des structures médicales ambulatoires dotées officiellement de prérogatives de soins, d'enseignement et de recherche médicale, en lien avec les CHU. Ces CAU caractériseront le virage ambulatoire indispensable pour rendre le système efficace dans la gestion des pathologies chroniques. Ils permettront de revaloriser la spécialité de médecine générale et la médecine spécialisée libérale non hospitalière.

La formation clinique des internes (voire aussi des externes) en médecine générale se fera majoritairement dans les CAU, leur formation théorique continuant toujours de s'effectuer à la faculté. Le financement réservé à l'enseignement suivra les internes dans les CAU, ce qui renforcera le modèle économique des structures de ville et de campagne. **La réalisation de l'internat dans ces structures ambulatoires de ville sera un levier très fort pour faciliter l'installation, grâce à l'établissement de relations sociales et d'une meilleure connaissance des territoires, des jeunes médecins généralistes sur des territoires aujourd'hui délaissés.**

Pour leur activité de recherche et d'enseignement, les CAU seront supervisés par les CHU qui resteront la tête de pont de ces activités. L'exercice libéral sera privilégié dans les CAU, même si l'exercice mixte pourra s'y développer (la présence de vacataires hospitaliers renforcera le lien avec les CHU).

Ces CAU seront la structure d'appui pour établir des passerelles durables entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, entre le secteur public et le secteur privé, entre les spécialistes et les généralistes.

- **Mettre en place un contrat thérapeutique (CT) pour les patients ALD**

Le parcours de soins vise à ce que les assurés disposent d'un soin adapté, dispensé par le professionnel adéquat, dans la bonne structure, au bon moment et au meilleur coût. Le respect de ce parcours est donc une mesure essentielle afin de mieux maîtriser les dépenses ALD tout en améliorant la prise en charge des patients chroniques⁴.

Les dépenses ALD s'élèvent à près de 100 milliards d'euros, soit deux tiers de la consommation de soins et biens médicaux remboursée par l'Assurance maladie en 2015 (ce sera autour de 80% en 2025⁵). La hausse de ces dépenses représente 80% de la croissance annuelle totale des dépenses de santé et va s'accélérer avec l'arrivée des innovations, ce qui mettra en péril à terme la capacité du système à garantir, pour tous, l'égalité d'accès aux meilleurs soins. **Sans une maîtrise des dépenses ALD, le financement durable d'un accès égal pour tous à des soins de qualité sera compromis.**

Optimiser le parcours de soins des patients chroniques pour améliorer la qualité de leur prise en charge. Impliquer davantage le médecin coordinateur et le patient dans le respect du parcours et mieux maîtriser les dépenses ALD.

Étendre les principes d'organisation du parcours de soins en cancérologie, tels que la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et le programme personnalisé de soins (PPS) aux autres pathologies chroniques, en les adaptant aux spécificités de chacune de ces pathologies.

Il constitue une alliance écrite entre le médecin coordinateur et le patient souffrant d'ALD, visant à rendre le patient le plus autonome et impliqué possible dans son parcours de soins, ainsi qu'à instaurer une véritable médecine de parcours :

- Ce CT contiendra le protocole personnalisé de soins, des objectifs à atteindre pour le soignant et le soigné ; il sera signé par le médecin coordinateur et le patient au moment de l'ouverture du dossier de demande de remboursement à 100 % ; il sera étendu à l'ensemble des affections de longue durée (ALD).
- Chaque patient ALD pourra choisir, sur les conseils de son médecin traitant, un médecin coordonnateur qui sera responsable de la coordination médicale, socio-médicale, administrative de son parcours de soins.
- Ce contrat thérapeutique conduira à la mise en place d'une médecine de parcours, davantage coordonnée, au bénéfice du patient dans sa qualité de prise en charge et au bénéfice de l'assurance maladie dans la maîtrise des coûts.

Valoriser le suivi du patient par le médecin coordinateur avec une rémunération dédiée.

⁴ La mise en place des plans cancer 1 & 2 a contribué à optimiser la prise en charge du patient atteint de cancer, en partie grâce à la logique du parcours de soins. Il faut s'en inspirer.

⁵ Note du Trésor- N°145 – Août 2015

1.2/ Restructuration hospitalière

- **Trois nouveaux modèles hospitaliers pour guider la restructuration hospitalière**

Face à la triple transition démographique, épidémiologique et technologique, il est nécessaire de lancer une réflexion sur les espaces médicaux. Une évolution des structures a été envisagée en ville, elle doit l'être aussi à l'hôpital. La restructuration hospitalière s'inscrit dans une réflexion globale de l'ensemble des espaces médicaux qui n'a toujours pas eu lieu. Les échecs des réformes hospitalières depuis 25 ans en sont une conséquence logique. Les pouvoirs publics ont dépensé à fonds perdus des dizaines de milliards d'euros ces dernières années pour moderniser des modèles structurellement dépassés et inadaptés. La définition de nouveaux modèles hospitaliers est une feuille de route pour donner un sens aux réformes à mener, investir sur des projets porteurs d'avenir et repenser les métiers et conditions de travail.

La raison d'être d'une structure hospitalière est, soit de constituer un plateau technique de pointe utilisée par des professionnels spécialisés et dédiés, soit d'accueillir et de prendre en charge des personnes malades fragiles ou des personnes en convalescence nécessitant une hospitalisation. Pour la première raison, la mobilisation d'équipements lourds, sophistiqués et d'équipes très qualifiées, est justifiée par la prise en charge d'urgences vitales, d'opérations complexes et de phases aiguës des maladies qui ne peuvent être traitées en ville ou dans des structures plus légères.

Dans une réflexion prospective, on peut imaginer une nouvelle typologie d'établissements hospitaliers avec trois types de structure hospitalière distincts et indispensables pour la prise en charge de l'ensemble des besoins hospitaliers.

- **Type 1 : la tête de réseau**

C'est le lieu par excellence des services à fort contenu technologique, nécessitant un plateau technique hautement sophistiqué et des équipes de haut niveau scientifique. Ce n'est plus un énorme complexe de béton mais un centre aux services hyper spécialisés pour la population d'un territoire, un centre de coordination et de services qui diffuse son savoir et son expertise sur tout le territoire. Les séjours y seront très coûteux en liaison avec des interventions complexes et des services à forte valeur ajoutée. Ces centres ne feront que du court et moyen séjour. Le modèle médical sera probablement un modèle de spécialités choisies, pour lesquelles le centre sera à la pointe de la pratique.

- **Type 2 : Le centre moyen et long séjour**

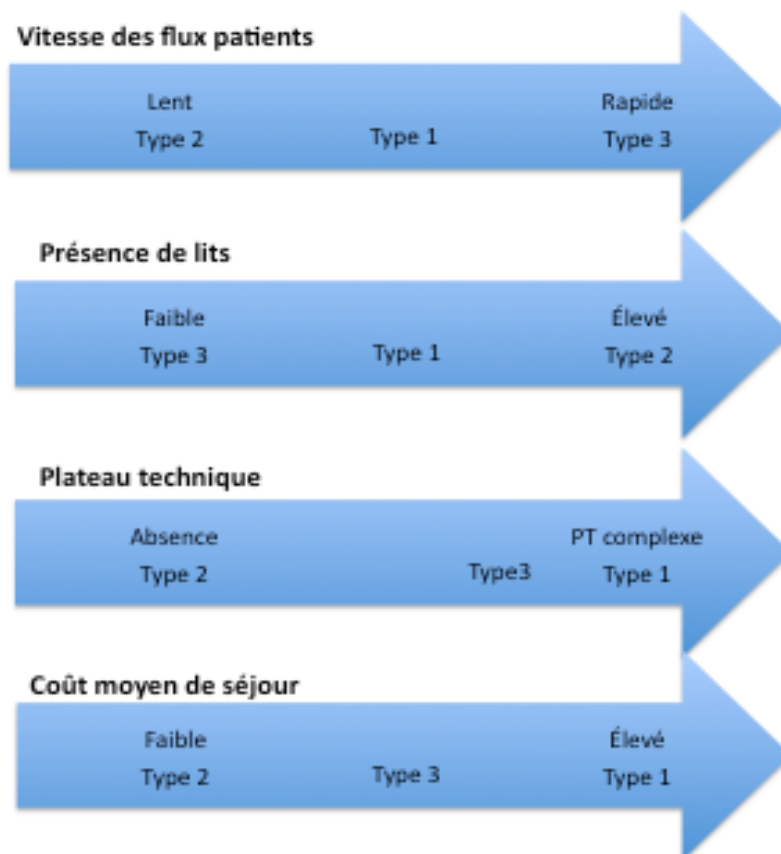
Les établissements du type 2 seront centrés exclusivement sur les soins de suite et les soins de moyenne et longue durée. Ils seront conçus pour gérer des flux lents et le coût moyen jour y sera plus faible que pour les établissements des

types 1 et 3. Ils ne disposeront pas de plateau technique et seront le type d'établissement avec le plus de lits.

- **Type 3 : L'établissement ambulatoire**

Équipé d'un plateau technique performant, sans (ou avec peu de) lit d'hospitalisation complète, il pourra être ouvert uniquement la journée. Centre de consultation, d'éducation thérapeutique et de chirurgie ambulatoire, un large spectre de professionnels de santé y aura accès. D'autres services comme le transport seront associés à ces centres. Toute l'organisation et le concept architectural seront pensés pour gérer des flux rapides de patients. Un système d'hôtellerie à proximité sera courant pour accueillir les familles et les patients âgés et/ou résidant loin du centre.

Cette nouvelle typologie hospitalière est représentée dans la figure suivante selon quatre variables.



- **Repositionner le CHU sur sa mission première : l'excellence**

Revaloriser le CHU sur ses missions premières notamment la recherche. Réintégrer les cliniques privées dans le service public hospitalier et garantir la présence d'une offre mixte hospitalière public-privé sur tout le territoire.

Les centres hospitalo-universitaires (CHU) ont participé à la renommée de la médecine française. Comme pour la médecine libérale, la revalorisation du CHU est nécessaire pour conserver un modèle compétitif mais ne sera possible que si une restructuration du modèle est lancée rapidement. Les CHU consacrent aujourd'hui près de 80% de leur activité aux soins de proximité et sont régulièrement déficitaires.

Le centralisme de la gestion administrative hospitalière par les pouvoirs publics et la dépendance vis-à-vis des politiques locaux sont des freins à la modernisation des hôpitaux publics et une source de déresponsabilisation des acteurs.

Il est nécessaire de **repositionner le CHU sur ses missions premières d'excellence** afin d'optimiser l'utilisation de ses ressources et diminuer le coût moyen hospitalier des soins de proximité.

La réforme des CHU visera à :

- recentrer leur activité sur l'excellence dans leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.
- mieux valoriser la densité du réseau existant : plutôt que des établissements réalisant quasiment l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales (modèle généraliste), chaque établissement CHU se spécialisera sur un groupe de spécialités (modèle de spécialités choisies), en assurant une bonne répartition sur le territoire de chaque spécialité.
- développer l'activité internationale des CHU avec la création de filiales à l'étranger et l'extension de l'accueil de patients étrangers et d'étudiants étrangers de haut niveau ayant des projets de recherche.

Ce recentrage du CHU doit s'accompagner du **renforcement des missions de recherche biomédicale** qui lui sont dévolues en direct et en collaboration avec des instances universitaires de formation et de recherche.

- **Donner une autonomie de gestion aux hôpitaux publics**

L'État en tant que régulateur et gestionnaire du secteur hospitalier se trouve dans une situation de juge et partie, il est soumis à de multiples pressions politiques de la base qui le font reculer le plus souvent dans ses velléités de réforme. Le Maire d'une ville disposant d'un hôpital, souvent premier employeur local, va privilégier l'emploi local et ses intérêts électoraux à toute autre considération sanitaire. La proximité de l'hôpital public et du politique local est ainsi un frein majeur à la restructuration hospitalière qui doit être levé. Pour cela, la présidence du conseil de surveillance des hôpitaux ne doit être éligible qu'à des personnalités qualifiées non élues.

Un premier pas dans cette direction a été effectué dans la loi HPST mais le gouvernement de l'époque n'a pas osé aller jusqu'au bout. Le cumul présidence du conseil de surveillance d'un hôpital public et mandat d'élu doit être rendu impossible par la loi. L'autonomie de gestion des établissements nécessite aussi une autonomie de la direction des ARS vis-à-vis des politiques locaux. L'équilibre des pouvoirs (*checks and balance*) vis-à-vis de la gestion de l'offre de soins n'est pas à trouver au sein même du pouvoir politique représentatif entre le national et le local mais entre le pouvoir issu de la démocratie représentative et celui issu de la démocratie participative.

L'autonomisation des hôpitaux publics devrait s'accompagner d'une réforme sur leur management. La France a probablement fait une erreur en séparant le médical et l'administratif. Le concept d'hôpital entreprise a aggravé cet excès de pouvoir de l'administratif. La cohabitation efficace et intelligente entre le pouvoir de gestion et le pouvoir médical est la clé de voûte du bon fonctionnement d'un hôpital. La séparation des deux fonctions a déconnecté les médecins de la gestion, ces derniers n'ont pas été culturellement intégrés et sensibilisés à cette gestion.

La réforme administrative de la gouvernance hospitalière sera réalisée afin de donner une **véritable délégation de gestion à la direction de l'établissement** (administrative et médicale). Il s'agira de :

- instaurer une autonomie de gestion pour les CHU dans un premier temps,
- l'étendre à l'ensemble du réseau hospitalier public,
- rechercher à la tête de l'établissement une cohabitation efficace entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif,
- donner une plus grande autonomie aux ARS vis-à-vis de la direction centrale.

- **Redonner la possibilité aux établissements privés de participer à des missions de service public**

Parmi les 14 missions de service public identifiées en santé dans la loi HPST, le secteur privé des cliniques et des médecins libéraux en assurent au quotidien 11 dans le respect des principes de service public (tarifs opposables). Le secteur public n'a pas l'exclusivité de l'égalité d'accès, de la neutralité, de la mutabilité et de la continuité du service.

La loi santé 2015 exclut le secteur privé des cliniques du service public hospitalier.

Or, garantir la mixité de notre modèle hospitalier est une condition indispensable à son efficacité et au respect de la liberté de choix des usagers de leur établissement de santé.

La notion de service public se juge à l'aune des besoins des patients et des citoyens en général. Ces besoins sont principalement l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, la sécurité et la qualité des soins, le respect et la confidentialité des données médicales ainsi que l'accès à l'information. Toute offre de soins à l'échelle d'un territoire, qu'elle provienne du secteur public ou du secteur

privé, capable de respecter ces cinq conditions remplit les exigences des missions du service public de santé en matière de soins et est délégataire de service public de santé. Nous reviendrons sur la notion d'accessibilité financière en partie 3. L'existence du secteur 2 et de ses compléments d'honoraires n'a rien d'incompatible avec le principe de solidarité, ou alors il n'aurait jamais dû être autorisé par les pouvoirs publics. De la même façon, l'existence d'un reste à charge n'a rien d'incompatible avec l'accessibilité financière des soins pour tous. Le principe de solidarité du modèle français n'a jamais recommandé un reste à charge nul et une santé gratuite.

Il sera réinscrit dans la loi que le service public de santé peut être délégué à tout établissement, institution ou professionnel de santé qui respecte les principes fondamentaux du service public, indépendamment de son statut juridique public ou privé.

Par ailleurs, il faut supprimer les mesures qui pénalisent de façon discriminatoire l'activité des établissements privés : le tarif dégressif, qui prévoit de diminuer les tarifs des actes au-delà d'un certain volume d'activité et la notion de bénéfice raisonnable.

1.3/ Garantir une diffusion rapide du numérique santé

Le virage ambulatoire nécessite une autre évolution radicale, le virage numérique. L'hospitalo-centrisme signifiait aussi une concentration de l'information sur un lieu physique, indépendamment du parcours du patient. La médecine à dominante ambulatoire du ^{xxi}^e siècle exige que l'information, la donnée, suive le patient en permanence, c'est tout l'enjeu de généraliser les supports numériques interopérables, faciles d'utilisation et sécurisés.

Pour donner du pouvoir au patient dans la gestion de son capital santé afin de le rendre plus autonome, ainsi que dans le choix de son médecin et de son établissement de santé, **l'accès pour tous à une information de qualité est** essentiel. Vouloir conserver un système de santé qui utilise des mécanismes de marché nécessite de mettre à disposition de l'utilisateur toute l'information nécessaire à sa bonne orientation et à son choix éclairé des professionnels de santé. Les données de santé concernées sont de plusieurs natures.

On peut citer les données relatives aux performances de qualité et de sécurité de soins des établissements et les données médicales personnelles. Il existe aussi les types d'activités de soins réalisées dans chaque institution de santé ainsi que des informations sur ceux qui les délivrent, les informations disponibles sur les principales pathologies et l'ensemble de la connaissance à ce jour pour les prévenir et optimiser son capital santé.

Nous recommandons de mettre en place **un portail de santé 3.0** permettant aux usagers de disposer de leur propre site santé donnant accès à leurs données de

santé et toutes les données qui répondent à leur situation personnelle et leurs centres d'intérêt. C'est une priorité pour les patients ALD.

La loi HPST de 2009 a créé le cadre législatif du **développement de la télémédecine**. La loi de finance de la Sécurité sociale 2012 intègre des expérimentations de financements préfigurateurs. La lenteur légendaire de notre administration pour intégrer les innovations, surtout lorsque celles-ci sont disruptives, est responsable de la situation ubuesque qui fait que l'activité de télémédecine n'est toujours pas tarifée. L'administration promet des tarifs d'ici à la fin 2014. Les freins au développement de cette activité à forte valeur ajoutée sont donc avant tout administratifs et financiers. Outre la nécessité de lever ces freins, d'autres leviers de développement sont aussi à activer.

Lancés d'abord par les professionnels de santé, principalement dans la sphère de l'hôpital (la seule à pouvoir la financer), les premiers projets de télémédecine sont des usages médecins (télé-expertise, interprétation à distance). Il faut dorénavant développer les usages patients (téléconsultation, télésurveillance) ce qui passe par une information et une formation efficace des patients. Les efforts d'investissement à prioriser sont les projets à forte valeur médico-économique, et non pas se concentrer à l'hôpital (projets les plus coûteux) comme cela a été le cas jusqu'à maintenant. Il faut viser la prise en charge des maladies chroniques au travers de l'accompagnement du patient (télésurveillance, suivi de l'observance), le maintien à domicile et le retour à domicile post hospitalisation des personnes âgées et dépendantes, ainsi que la téléradiologie (consultation et interprétation d'images radiologiques ou échographiques à distance).

Le financement de la télémédecine est à planifier sur le long terme et à intégrer en partie dans l'ONDAM pour rendre cette activité pérenne et accessible à tous. L'accès au remboursement des actes et dispositifs de télémédecine est aussi à accélérer. Le procédé consistant à analyser acte par acte ce qui est faisable en télémédecine est beaucoup trop laborieux. Il faut imaginer une autre approche. On pourrait différencier les actes réalisés actuellement en présence du patient, qui sont éligibles à la télémédecine, des actes nouveaux de télémédecine non réalisés actuellement comme ceux de télésurveillance. Pour les premiers, un tarif serait fixé sur la base du tarif normal auquel on appliquerait une décote pour tenir compte de la baisse des charges fixes en télémédecine et éviter les effets d'aubaine. À charge de l'administration de déterminer les situations dans lesquelles il n'y a pas lieu de recourir à la télémédecine pour ces actes. Pour les seconds, on les évalue selon un process équivalent à l'évaluation de nouveaux actes médicaux.

On aurait ainsi plusieurs solutions de remboursement en fonction de la nature de l'acte. L'acte de télé-expertise et de téléconsultation par exemple sera rémunéré comme un acte médical classique alors que l'acte de télésurveillance (sur une durée plus longue) le sera au forfait. Certaines solutions communicantes sont assimilables à des dispositifs médicaux. Toute réforme du financement des dépenses de santé devrait inclure le financement de la télémédecine par l'assurance maladie.

L'utilisation extensive du numérique et de l'interprofessionnalité améliorera la coordination des parcours. Il faudra :

- installer le **dossier médical personnel** (DMP) pour favoriser la circulation des données de santé - en garantissant que soient respectés les impératifs de sécurité, de consentement et de confidentialité des données,
- développer la **télémédecine** et la **e-santé** dans la prise en charge des patients chroniques en mettant en place un portail santé 3.0 (interactif et personnalisable, alimenté par ses propres données de santé) permettant aux patients chroniques de disposer d'une information personnalisée facilitant leur orientation dans le système et optimisant leur comportement individuel grâce à une meilleure connaissance des questions de santé. Ce portail 3.0 pourra être étendu à moyen terme à l'ensemble des usagers de notre système de santé,
- accélérer le développement de la télémédecine en orientant vers la médecine de proximité une part des fonds innovation destinés au numérique pour l'équipement des cabinets médicaux et en établissant une tarification de l'ensemble des actes réalisables en télémédecine.

1.4/ Promouvoir un renouvellement des modes d'exercice et de nouveaux métiers

- **Nouvelles formes d'exercice : liberté de choix et responsabilité du projet médical**

De nouvelles formes d'exercice médical de groupe telles que les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et les pôles de santé sont apparues ces dernières années. C'est une évolution favorable pour faire face à la complexité croissante de la médecine, à l'approche pluridisciplinaire nécessaire à la médecine de parcours et à la recherche d'un meilleur équilibre de vie professionnelle. Cependant, il n'existe pas de forme d'exercice meilleure qu'un autre dans l'absolu. Tout dépend des spécificités du territoire (population, infrastructures...), d'où la nécessité de décentraliser la décision du choix du mode d'exercice le plus possible. Un facteur incontournable de réussite dans ces modes d'exercice de groupe est que la **conception du projet médical soit portée par les médecins**. Plusieurs MSP initiées par des collectivités locales ou des ARS sont restées vides à cause du non respect de ce facteur clé.

La mise en place d'une médecine de parcours pour les patients chroniques sera un levier pour inciter les médecins à disposer de structures regroupées, avec plus de personnel de soutien et de moyens techniques. Ce sera aussi le cas des centres ambulatoires universitaires (CAU).

Le mode d'exercice libéral est à privilégier dans les différentes formes d'exercice de ville. Il est plus productif, plus responsabilisant et plus coûteux efficace. Il est plus efficace pour répartir les ressources médicales sur un

territoire car le médecin va vers le patient et doit s'installer là où sont les patients. Le modèle salarial s'inscrit dans une logique inverse où le patient va vers le médecin. La recherche de proximité est donc plus forte dans l'exercice libéral que dans le salariat.

La politique de santé menée ces dernières années a tout fait pour décourager les nouvelles installations en libéral : maintien des tarifs opposables bas, stigmatisation de la liberté d'honoraires, mise sous tutelle des ARS, peu d'investissements dans les nouvelles technologies en ville... Cela a naturellement conduit à une désertification accélérée des territoires, en priorité en médecine générale où 90% de la population est en secteur 1. La création du contrat d'accès aux soins a pour objectif de supprimer le secteur 2, ie la liberté tarifaire. C'est pourtant cette dernière qui est la seule à même de faire survivre plusieurs spécialités en libéral, dont les spécialités du bloc opératoire. Tant qu'elle est efficacement régulée, ce qui reste un chantier à perfectionner, elle permet un accès à tous au libre choix de son médecin et à un accès à la même qualité de soins pour tous (les plus riches paient l'innovation pour les plus pauvres).

Avec les 35 milliards d'euros de souscription annuelle par les Français d'une complémentaire santé, la solvabilisation de la liberté tarifaire ne pose aucun problème (elle équivaut à 2,8 milliards d'euros pour les médecins par exemple). Avec l'appui d'une Ministre hostile au monde médical libéral, les organismes d'assurance privés sont en croisade contre cette liberté d'honoraires. Tout ce qui encadre davantage les tarifs de médecins - comme le CAS et le plafonnement des contrats responsables - ne fait que renforcer leur rente. C'est une bataille vitale qui s'engage pour les libéraux : soit leurs actes sont suffisamment valorisés et ils peuvent investir pour moderniser leurs exercices et intégrer les innovations, soit ils disparaîtront. Le choix de valeurs faibles des actes en échange de subventions type prise en charge des cotisations sociales revient à accepter la perte de son indépendance professionnelle.

- **Les nuages s'accumulent pour les cliniques privées**

L'exercice libéral de ville n'est pas le seul modèle à être pourchassé par les partisans du tout public en santé. L'exclusion des cliniques privées du service public hospitalier et le concept de bénéfice raisonnable (dans un secteur où 35% des cliniques sont en déficit) présents dans la loi santé Touraine illustrent la volonté de les supprimer du système de santé principal.

Rappelons qu'une clinique privée en France est l'extension du modèle entrepreneurial libéral appliquée à l'hospitalisation. Ce sont des chirurgiens libéraux qui ont conçu ce modèle organisationnel, même si son développement industriel a nécessité l'intervention de grands groupes et de

fonds d'investissement. Tout ce qui a été dit pour l'exercice libéral de ville est valable pour celui des cliniques privées : décentralisation de la décision d'évolution de la forme d'exercice, contrôle du projet médical, innovation technologique, valorisation des actes...

Si les médecins libéraux réussissent la mutation de leur modèle libéral, ils vont prendre un pouvoir croissant dans le secteur de l'hospitalisation privée. La place importante de l'hôtellerie dans l'hospitalisation traditionnelle donnait un poids élevé à la direction des cliniques qui gérait cette hôtellerie médicale. Plus les technologies se développent, moins il y a aura besoin de lits et des services annexes et plus les professionnels libéraux (sous réserve qu'ils réussissent la mutation de leur pratique) verront leur pouvoir de négociation augmenter vis-à-vis des directions de cliniques.

- **De nouveaux métiers vont émerger**

De nouveaux métiers interviendront dans la gestion des parcours de soins des patients chroniques, dans la prise en charge des personnes âgées, voire dans le premier recours. Une nouvelle catégorie de professionnels sera en charge des technologies nouvelles. Ce seront des ingénieurs opérateurs qui mettront à disposition des médecins les résultats diagnostics et thérapeutiques. On va assister à la création de métiers ex nihilo et à des évolutions de métiers existants.

Les expériences étrangères sur les pratiques infirmières avancées (Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie, Finlande, Irlande) sont instructives pour la prise en charge de maladies chroniques. La communauté médicale aurait tout intérêt à ouvrir urgemment le chantier de la transformation des métiers médicaux pour éviter de la subir.

II/ Bâtir le financement de la santé autour de deux principes : équité et liberté

II.1/ Pour plus d'équité et d'efficacité: créer un régime de santé universel unique (RSU)

Aujourd'hui, il existe une multitude de régimes obligatoires d'assurance qui est le fruit de l'histoire de notre protection sociale où les droits sociaux dépendent du statut professionnel. C'est une organisation administrative complexe et coûteuse⁶ rendue encore plus compliquée par la délégation de gestion des régimes obligatoires à des organismes privés d'assurance santé (comme dans la fonction publique). A cela s'ajoute la diversité des périmètres de gestion des risques.

Or, les parcours professionnels sont aujourd'hui de plus en plus discontinus et hétérogènes. Les personnes sont conduites à changer plusieurs fois de régime et donc à effectuer de nombreuses démarches.

Nous proposons donc :

- d'adapter les fondements de notre protection sociale à l'évolution du marché du travail,
- de simplifier et réduire les coûts de gestion de notre système de protection sociale tout en garantissant à chaque citoyen une égalité des droits sociaux, indépendamment de sa situation professionnelle.

Permettre une meilleure équité entre les citoyens et simplifier la gestion des droits sociaux

L'universalisation de la protection sociale implique un transfert de l'assise des droits sociaux du statut professionnel vers la personne. Le système de protection sociale du XXIème siècle prend ainsi acte de droits sociaux devenus universels, et les considère égaux pour tous. Cela contribuera à assurer une protection sociale équivalente et efficace pour toutes les formes de travail.

Créer un (vrai) régime santé universel (RSU) en rattachant l'ensemble des assurés au régime général. La gouvernance et la gestion du RSU se feront au niveau régional et seront largement dématérialisées.

Ce régime de santé universel unique suppose une fusion sur 5 ans de l'ensemble des régimes obligatoires dans le régime général qui devient le régime santé universel (RSU).

⁶ Aux trois régimes principaux, gérés par la CNAMTS, le RSI et la MSA, s'ajoutent 11 régimes spéciaux qui couvrent 2,4 millions de bénéficiaires ; au total, 86 opérateurs gèrent 14 régimes obligatoires d'assurance maladie

II.2/ Instaurer une nouvelle architecture de financement de la santé

Notre système de couverture maladie à double étage, généralisé à tous les soins des patients non ALD, génère des coûts administratifs importants (plus de 14 milliards d'euros par an) et une faible lisibilité de la prise en charge financière des soins. Concrètement, l'Assurance maladie s'est progressivement spécialisée sur le gros risque (66% des remboursements sont concentrés sur 15% de la population, les patients ALD) et les organismes complémentaires d'assurance maladie couvrent désormais 95% de la population et sont les premiers financeurs en dentaire et en optique.

Une division verticale des paniers de soins s'est progressivement opérée mais n'a pas été véritablement organisée. Il en ressort des niveaux de prise en charge par l'assurance maladie et les complémentaires santé très variables d'une prestation à l'autre et sans véritable cohérence.

L'absence de régulation du secteur des complémentaires santé génère des dérives qui sont amplifiées avec la volonté de l'actuel gouvernement de donner aux assureurs complémentaires santé, en plus du simple rôle d'assureur, un rôle d'organisateur et de régulateur des soins. La mise en place de réseaux de soins (loi le Roux) va à l'encontre de principes fondamentaux de notre système de soins tels que la liberté de choix des patients et l'indépendance professionnelle des soignants. De même, la pratique des remboursements différenciés des réseaux de soins va à l'encontre des principes d'égalité entre les assurés.

Par ailleurs, le financement de l'assurance maladie repose à 49% sur les cotisations sociales et à 35% sur la CSG, soit au total un financement de plus de 73% par les revenus du travail. Du fait du chômage élevé et de la baisse constante du ratio actif sur inactif (divisé par 2 depuis 1960, à près de 2,2 aujourd'hui), l'assurance maladie est entrée dans un cercle vicieux de sous financement qui génère des déficits récurrents depuis 30 ans.

- **Mettre en place un payeur unique par type de prestation**

Il s'agit d'installer une nouvelle stratégie de financement des dépenses de santé avec **un payeur unique par prestation** (services et produits), un **contrat homogène standard (CHS) privé obligatoire défini par la loi**, une gestion dynamique des paniers de soins et une régulation des financeurs privés.

Il faudra **différencier**, en cohérence et en continuité avec la situation existante, **le panier de soins solidaire pris en charge par l'assurance publique du panier de soins individuel financé par les financeurs privés** (séparation verticale complète des paniers de soins de l'assurance maladie et des financeurs privés).

Le contenu du panier de soins remboursés par les financeurs privés sera décidé par la loi et remis à jour chaque année. Le législateur définira les garanties du contrat homogène standard (CHS), remboursant un panier de soins individuels dont l'accès pour tous est jugé indispensable.

Le prix et la qualité de service aux usagers seront les deux sources de différenciation majeures entre les opérateurs distribuant le CHS, même si chaque opérateur sera libre d'enrichir le contrat avec des prestations additionnelles. La parfaite lisibilité des contrats pour les assurés et leur caractère homogène permettront d'intensifier la concurrence et d'optimiser le rapport coût /bénéfice pour l'assuré. Un comparateur officiel des contrats sera instauré pour faciliter le choix des assurés. La mutualisation sur l'ensemble de la population (caractère obligatoire) et la concurrence entre les opérateurs permettront d'optimiser le coût des primes du CHS. Les mécanismes de solidarité actuels pour les plus défavorisés (CMU-C, ACS) seront maintenus pour le CHS.

L'assurance privée n'est plus complémentaire mais supplémentaire, on parlera d'Assurance santé supplémentaire universelle (ASSU).

La notion de ticket modérateur (dont le montant sera défini) sera maintenue aussi bien pour l'assurance santé universelle publique de base que pour l'assurance santé supplémentaire universelle (ASSU). Les règles d'exemption existantes au paiement de ce ticket modérateur demeureront (ALD, maternité, enfant, population précaire...)

Un marché libre d'assurance privée existera pour des usagers soucieux de s'assurer pour des prestations spécifiques non couvertes par l'ASSU.

Une **autorité de contrôle et de régulation de l'assurance santé privée** (ARCAS) sera créée et aura les pouvoirs de supervision et de sanctions pour faire respecter les règles définies par le contrat homogène standard (garanties, lisibilité) et protéger les intérêts des assurés.

- **Favoriser le financement et la diffusion des innovations biomédicales**

Une autre évolution fondamentale du nouveau modèle de financement est la gestion active et régulièrement actualisée de l'ensemble des paniers de produits et services de l'ASUB et de l'ASSU. Seules les dépenses de médicaments (soit seulement 15 % des dépenses publiques totales) font aujourd'hui (en partie) l'objet d'une gestion dynamique à partir d'études médico-économiques des produits remboursés par l'assurance maladie. Le dynamisme de l'innovation médicale et technologique impose de réévaluer régulièrement les stratégies thérapeutiques pour privilégier les plus coût efficaces. La réévaluation du contenu du panier de soins remboursé à 100 % des affections de longue durée est aussi à intégrer dans le pilotage du panier de l'ASUB.

La gestion dynamique du panier de biens et service de santé est un moyen d'obtenir un financement efficace des innovations médicales, clé de voûte de l'amélioration permanente de l'efficacité de notre système de santé. L'absence de gestion dynamique du panier de soins face à un budget limité rend très difficile une valorisation efficace des innovations. L'économiste Joseph Schumpeter a qualifié l'effet des innovations de « destruction créatrice » dans le sens où le nouveau (surtout le plus innovant) remplace l'ancien. La mise à jour régulière du panier de

produits et services afin d'en conserver uniquement les plus coût efficaces aura un impact sur l'efficacité de système de santé et sur le dynamisme économique du secteur.

La santé est un des secteurs économiques les plus stratégiques de notre siècle⁷. Nous sommes au cœur d'une véritable révolution biomédicale liée à l'ensemble des innovations technologiques, médicales et thérapeutiques. Le développement des sciences « omiques » dont la génomique à coût de plus en plus faible, l'intégration du numérique dans la médecine et les liens de plus en plus étroits entre médicaments et dispositifs médicaux sont des leviers forts de cette accélération du développement de l'innovation en santé.

- **Garantir la liberté de choix des assurés**

Afin de protéger la liberté de choix des patients et l'indépendance professionnelle des soignants, d'adopter une gestion globale du risque (non exclusivement sur les soins) dans laquelle l'utilisateur est actif, la pratique du remboursement différencié à travers les réseaux de soins conventionnés sera supprimée pour l'ensemble des professionnels de santé.

- **Préserver l'indépendance des professionnels de la santé**

En supprimant le tiers payant obligatoire et généralisé, le fonctionnement du tiers payant existant avant la loi Touraine 2015 sera rétabli. Les principes de tickets modérateurs et de paiement direct du professionnel de santé par le patient seront réintroduits dans le système afin de garantir l'indépendance professionnelle des soignants et maîtriser la consommation de soins courants.

- **Améliorer la compétitivité : restructurer le financement de la santé en diminuant le coût du travail**

Pour renforcer le financement de l'assurance maladie, **un transfert de l'ordre de 40 milliards d'euros des cotisations sociales vers la CSG sera réalisé** pour diminuer la part du financement à partir des revenus du travail⁸. Cette mesure contribuera à baisser les coûts du travail, à renforcer la compétitivité des entreprises et à dynamiser les sources de financement de l'assurance maladie.

III/ Pour une nouvelle gouvernance de notre système de santé

⁷ La médecine personnalisée est une des sept ambitions nationales identifiées par la Commission innovation 2030 (rapport 2013).

⁸ Appliquée uniformément sur tous les contribuables, le transfert de 40 milliards d'euros entraînera une baisse de près de 12 milliards d'euros du coût du travail (les revenus d'activité représentent 70% des recettes de CSG) et de 6 points de cotisations sociales au titre de l'assurance maladie.

L'assurance maladie, une des quatre branches de la Sécurité sociale, représente un élément prépondérant de notre pacte social. Elle est garante de l'intérêt général à travers sa responsabilité de garantir un financement solidaire entre les bien-portants et les malades. L'intrusion du politique ces dernières années dans des décisions inhérentes à l'assurance maladie, notamment en influençant les négociations conventionnelles en faveur d'un groupe de pression ou selon une idéologie politique, a dégradé l'efficacité de l'assurance maladie tant dans son rôle de financeur que dans celui de gestionnaire de l'organisation des soins de ville. L'histoire récente montre bien l'impasse de l'étatisme et la nécessité de redonner une certaine autonomie à l'assurance maladie dans un contexte de démocratie sanitaire réinventée.

En tant que pilier de la solidarité de notre système, l'assurance maladie représente une base solide et crédible pour bâtir un pôle de gouvernance de notre système de santé. En 2012, l'assurance maladie a financé les dépenses hospitalières à hauteur de 93 % et les dépenses de ville à hauteur de 64 %. Elle finance 100 % des dépenses des malades souffrant d'une affection de longue durée (sur les dépenses issues de l'ALD). Elle est donc parfaitement légitime pour être un pôle de référence de la gouvernance. L'assurance maladie est aussi la mieux placée sur un plan technique, avec son expertise et ses bases de données, pour être au cœur de la gouvernance de l'ensemble des offreurs de soins. Depuis 1945, l'assurance maladie joue un rôle clé dans l'organisation des soins de ville en France et négocie les conventions médicales depuis 1971 avec les médecins libéraux. Elle a ainsi acquis une longue expérience de négociation dans un système basé sur une logique partenariale. En remboursant les soins des Français depuis plusieurs décennies, l'assurance maladie dispose de bases de données médicales uniques et précieuses pour aider à la décision dans la gouvernance.

Nous proposons de refonder le principe de gouvernance politique historique imaginé par les pères fondateurs de la Sécurité sociale avec le **Comité national opérationnel de gouvernance du système de santé (CNOGOSS)** comme organe social et démocratique. Outre les salariés, c'est l'ensemble des usagers du système de santé qui doivent être représentés dans cette gouvernance, à travers une ou plusieurs associations d'usagers nationales. Tous les *stakeholders*⁹ du système de santé – professionnels de santé, financeurs, industriels, état, usagers – y seront représentés. Le CNOGOSS se verrait ainsi confier la gouvernance du secteur hospitalier en lieu et place de l'État. La gouvernance des hôpitaux par leur principal financeur permettra un pilotage unique de l'offre de soins porteur d'efficacité. Elle rendra probablement la gestion des hôpitaux plus rigoureuse et réaliste de la capacité de financement.

Si le principe de la négociation conventionnelle entre les professionnels de santé et le CNOGOSS (représenté par le directeur de la CNAM ou un comité de négociation élargi aux autres parties du CNOGOSS) est à conserver, l'organisation de la vie conventionnelle est à améliorer. Les négociations conventionnelles doivent être plus

⁹ Acteur, individuel ou collectif (groupe ou organisation), activement ou passivement concerné par une décision ou un projet ; c'est-à-dire dont les intérêts peuvent être affectés positivement ou négativement à la suite de son exécution (ou de sa non-exécution).

fluides, plus transparentes, mieux programmées et plus professionnelles. Un travail préparatoire à l'aide de documents de fonds sur les sujets mis à disposition de toutes les parties est nécessaire. Le financement des syndicats représentatifs des médecins n'est pas à lier à leur signature des conventions. Une meilleure programmation et actualisation de l'agenda des négociations serait sans doute profitable.

IV/ Développer une politique globale de maintien en bonne santé

Les inégalités sociales en matière de santé ont perduré en France, avec notamment une différence d'espérance de vie à 35 ans¹⁰ de 6,5 ans entre un cadre et un ouvrier. Ces inégalités sociales s'expriment principalement en amont de la maladie, dans les comportements individuels qui sont influencés par le niveau socio-économique. Or, l'état sanitaire de la population est étroitement lié aux comportements individuels ainsi qu'aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux.

L'approche essentiellement curative et cloisonnée de notre système de santé, abandonnant des pans essentiels de santé publique, est inadaptée pour répondre à ce nouveau défi.

Les professionnels de santé libéraux sont insuffisamment impliqués dans les actions de maintien en bonne santé.

Mettre en place une gestion du risque santé tout au long du cycle de vie des assurés pour repousser le plus tard possible le déclenchement de la maladie. Rendre les assurés plus actifs dans la gestion de leur capital santé et réduire les inégalités sociales de santé.

Mettre en place **une gestion transversale interministérielle de la politique de santé** grâce à un centre opérationnel de gestion interministérielle de santé (COGIS) dont l'action sera définie par le Ministère de la santé, sur recommandations des institutions du type du Haut Conseil de santé publique. Ce COGIS fonctionnera sur les principes des COCIC actuels (centres opérationnels de gestion interministérielle de crise), sauf qu'il sera permanent et dédié à la santé. Le COGIS veillera à intégrer au cœur des politiques publiques (environnement, logement, sport, ville, transport...) la santé et favorisera toutes les innovations sociales et technologiques possibles au service de la santé. C'est le concept de santé intégrée dans toutes les politiques publiques (« embedded health in all policies ») que le COGIS devra veiller à appliquer.

L'implication et le rôle des médecins libéraux, en particulier des médecins généralistes, dans le maintien en bonne santé de leur patientèle devront être renforcés par une rémunération et une formation adaptées. La revalorisation des spécialités telles que la médecine du travail et la médecine scolaire est aussi indispensable dans une telle politique de MBS.

¹⁰ A 35 ans, un homme cadre peut espérer vivre jusqu'à 84 ans, contre 77,6 ans pour un ouvrier. Insee Première n°1584 - février 2016.