



CHANGER DE CAP POUR REFONDER NOTRE SYSTEME DE SANTE

LES 3 PILIERS DE LA REFONDATION

Les 3 piliers de la refondation de notre système de santé

L'Institut a pour vocation de proposer un plan de refondation de notre système de santé qui réponde à deux objectifs : **une adaptation du système au nouvel environnement du XXIème siècle** et **le respect des fondamentaux républicains** qui structurent notre système de santé actuel.

Cette note présente des **pistes d'orientation non définitives** qui seront débattues au cours des travaux de l'Institut dans les prochains mois. Ces travaux conduiront à l'élaboration d'un **livre blanc de la refondation** de notre système de santé qui sera présenté à l'occasion d'un colloque national fin 2018.

Le lancement officiel de l'Institut s'appuiera sur la promotion des trois piliers de la refondation qui représentent les réformes les plus structurantes à mener. Un large débat public doit être lancé sur ces points essentiels pour remettre sur pied notre système de santé et en **refaire une référence mondiale**.

SYNTHESE

Pour une démocratisation de la santé

La gouvernance de notre système de santé devrait sortir de la logique étatiste qui a prévalu ces 20 dernières années et qui a échoué. L'État est aujourd'hui fort (interventionniste) dans l'organisation des soins et faible dans la vision stratégique et le pilotage de la santé publique. L'Institut prône une réforme de la gouvernance, sur les bases d'un État pilote de la stratégie et de la santé publique mais qui délègue (délégation de service public) la gestion opérationnelle de l'ensemble des soins à une nouvelle démocratie sanitaire.

L'État définit la stratégie nationale de santé et fait voter au parlement le budget annuel des dépenses. Une Nouvelle Assurance Maladie, dotée d'un Conseil composé des représentants des acteurs du système, pilote par délégation de service public la gestion opérationnelle des soins en ville, à l'hôpital et du médico-social. L'Institut suggère la création d'un poste permanent de Haut-Commissaire à la santé publique, sous l'autorité du Premier Ministre, en charge du pilotage interministériel d'une politique de santé publique ambitieuse, marquant l'avènement d'un pôle prévention fort. L'État, via les agences régionales de santé et avec les Conseils régionaux, a la responsabilité du pilotage de la santé publique.

Pour évoluer vers un système de santé qui donne la priorité à la qualité de l'activité médicale, l'Institut propose une gouvernance de la qualité par les pairs. L'Ordre des Médecins aurait une nouvelle mission de régulation de la qualité de l'activité médicale, dont la réalisation pratique serait confiée aux représentants des spécialités médicales à travers les Conseils Nationaux Professionnels. Cette gouvernance par la qualité permettra une mise à disposition d'indicateurs de qualité de l'activité médicale pour le grand public, permettant au citoyen un exercice éclairé de son libre arbitre. L'Institut promeut aussi une adaptation de la gouvernance des produits de santé et de la recherche scientifique pour faire de la France un leader mondial en innovation thérapeutique.

Réformer les ordonnances Debré de 1958 pour renforcer la médecine ambulatoire

L'Institut recommande une réforme des ordonnances Debré de 1958 afin de reconnaître à la médecine de ville une mission pleine et entière d'enseignement et de recherche, ainsi qu'une refonte du centre hospitalo-universitaire. Cette universitarisation de la médecine de ville passerait par la reconnaissance de 1000 centres ambulatoires universitaires, dans lesquels les jeunes médecins de ville seront formés et des projets de recherche clinique seront menés. Ces centres seraient des pôles d'excellence dans la prise en charge des pathologies chroniques et des services

Piliers de la refondation

de prévention. Ils amélioreraient la reconnaissance et l'attractivité de la médecine générale et de l'exercice libéral dans des territoires aujourd'hui désertés.

Cette refonte des ordonnances de 1958 viserait aussi à reconstruire un modèle ambitieux de centre hospitalier universitaire qui conserverait un rôle majeur en enseignement et en recherche mais dans un modèle plus ouvert et collaboratif avec la médecine de ville. D'un modèle généraliste, le CHU deviendrait un modèle de spécialités choisies par établissement pour y exercer avant tout l'excellence. Son rôle de promoteur de l'excellence médicale française à l'international serait renforcé. Comme pour l'ensemble des hôpitaux, sa gouvernance par la Nouvelle Assurance maladie serait placée selon une logique d'autonomie de gestion et de décentralisation du management au niveau des pôles.

Pour un financement solidaire qui donne à chacun une capacité d'agir pour sa santé

La nouvelle assurance maladie serait composée d'un régime unique universel de santé marquant le passage à une protection sociale universelle assise sur la personne et non plus sur les statuts professionnels. On parlerait d'assurance santé universelle et non plus d'assurance maladie pour marquer la construction d'un véritable système de santé et non pas seulement de soins. L'architecture de financement des dépenses de santé évoluerait vers le principe d'un seul financeur assurantiel par remboursement de prestation. Les assureurs privés deviendraient des financeurs supplémentaires au premier euro pour les prestations où ils sont majoritaires aujourd'hui.

L'ensemble des dispositifs sociaux conduisant à une exemption du ticket modérateur et au remboursement à 100%, notamment en cas d'affection de longue durée, serait maintenu. Pour les personnes et les prestations qui ne seraient pas concernées par ces exemptions, un co-paiement systématique raisonnable, non assurable, sous forme de ticket modérateur serait imposé pour faire participer les patients à la maîtrise des dépenses. Une gestion dynamique du contenu des paniers remboursables de biens et services permettrait d'intégrer rapidement les innovations. Un fonds d'investissement dédié au capital humain en santé serait créé et piloté par le Haut-Commissaire.

Le financement privé serait organisé selon les principes d'un modèle mutualiste concurrentiel régulé. Ce système fonctionnerait sur les bases d'une affiliation exclusivement individuelle pour toute la population (actifs et inactifs). La création d'un contrat homogène standard permettrait de comparer efficacement la performance des opérateurs. Ce contrat standard assurerait une couverture de qualité et devrait faire partie de la gamme des contrats proposés par chaque assureur. L'assurance santé serait régulée de façon à éviter toute sélection de risques par les opérateurs, à travers notamment l'utilisation de données personnelles de santé de plus en plus abondantes avec la santé numérique. Une autorité de régulation de l'assurance santé privée garantirait la protection des droits des assurés.

I – GOUVERNANCE

POUR UNE DEMOCRATISATION DE LA SANTE

Objectifs

- **Mettre en capacité le citoyen** d’être acteur dans la gestion de son capital santé et impliqué dans la gouvernance opérationnelle des produits et services de santé
- **Clarifier les rôles de l’État et de l’ensemble des acteurs** du système de santé dans la gouvernance
- Faire de **la santé un objectif stratégique** pour l’ensemble des politiques publiques ayant un impact sur les déterminants de la santé des personnes
- Établir une gouvernance des soins qui permette une gestion globale et efficace **du parcours des patients chroniques**

Engagements de l'Institut

Auprès des citoyens

- Mettre en place une **gouvernance de santé publique** spécifique et dotée d'un pouvoir politique réel qui garantisse que **la santé humaine** soit une priorité dans l'ensemble des politiques publiques concernées et que **le maintien en bonne santé des bien-portants** soit pleinement intégré dans notre système de santé
- Mettre en capacité chaque citoyen **d'exercer de façon éclairée sa liberté de choix de son professionnel de santé et de son établissement de soins**, selon des indicateurs fiables et objectifs de qualité et selon une information accessible à tous.
- Disposer **d'une gouvernance des produits et services de santé adaptée aux innovations disruptives et plus démocratique**, afin de garantir à chaque citoyen les meilleures conditions d'accès à ces innovations.

Auprès des professionnels de santé

- **Redonner confiance dans la gouvernance de l'offre de soins à chaque professionnel de santé, quel que soit son type d'exercice**, dans laquelle ils sont des acteurs décisionnels à part entière, en association avec les autres parties prenantes
- Garantir à tous les professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital, un **accès rapide aux innovations** qui leur permette de remplir les objectifs sanitaires et d'exercer dans des conditions attractives et valorisantes
- Évoluer vers un système de **santé qui évalue et valorise à son juste niveau l'activité médicale et paramédicale**, grâce à une gouvernance de la qualité par les pairs

Propositions

A/ Redéfinir les rôles entre l'État et la démocratie sanitaire impliquant l'ensemble des acteurs

1/ Pour un État stratège et pilote d'une politique de santé publique affirmée, efficace et ambitieuse

- **L'État** est responsable de la **stratégie nationale de santé**, de la définition des **objectifs et des priorités de santé publique**, ainsi que de la régulation de la santé publique.
- **Le Parlement** vote chaque année, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, pas seulement un **objectif national de dépenses d'assurance maladie** mais aussi la **stratégie nationale de santé** qui sous-tend les objectifs budgétaires.
- Un poste permanent de **Haut-Commissaire à la santé publique** est créé, sous l'autorité du **Premier Ministre** du fait de la transversalité de son champ d'action sur l'ensemble des politiques publiques influençant les **déterminants de santé**. Il a la responsabilité de l'**agence Santé Publique France** qui pilote la politique de santé publique en France et du suivi des objectifs sanitaires fixés pour les politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Sur le plan régional

- **L'État**, via les **agences régionales de santé (ARS)**, pilote la politique de santé publique, dont la veille sanitaire, la sécurité sanitaire ; la définition, le

financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé ; l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires.

- **Les régions, via les Conseils Régionaux**, sont parties prenantes de ce pilotage pour les politiques publiques dont elles ont la responsabilité. Elles sont membres actifs du Conseil d'administration des agences régionales de santé.

2/ Pour un pilotage des soins par la Nouvelle Assurance Maladie

- **Une Nouvelle Assurance Maladie¹** est créée, comprenant un régime unique universel de santé, reflétant l'évolution vers une **protection sociale basée sur la personne** et non plus les statuts professionnels d'une part et vers une **approche holistique de la santé** d'autre part.
- **La Nouvelle Assurance Maladie** contractualise avec l'État **une convention d'objectifs et de gestion** pluriannuelle afin d'être **le véritable opérateur** et acteur de l'organisation de l'ensemble des soins :
 - **Pour les soins de ville, à travers** la politique conventionnelle, en définissant le champ des prestations admises au remboursement, en fixant le taux de prise en charge des soins et en pilotant les offreurs de soins médicaux et paramédicaux.
 - **Pour les soins hospitaliers, elle** définit les tarifs des séjours et pilote la stratégie hospitalière ;
 - **Pour les soins à destination des personnes âgées et handicapées**, elle définit les tarifs et pilote les acteurs médico-sociaux.
- La gouvernance de la nouvelle Assurance Maladie est repensée **sur la base d'une démocratie sanitaire élargie à l'ensemble des acteurs du système de santé**, en s'appuyant sur les institutions représentatives existantes², ce qui implique une sortie du paritarisme. Elle est composée des organes suivants :

¹ L'Union Nationale des caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) est remplacée par l'Union Nationale des Caisses du Régime Universel de Santé (UNCRUS).

² Une réflexion sera menée sur la création d'une représentation nationale et régionale des citoyens dédiée aux questions de santé, la plus transparente, démocratique, indépendante et professionnelle possible. A voir si les **Conseils territoriaux de santé**, les **Unions régionales des professionnels de santé (URPS)**, les conférences régionales de santé et d'autonomie (CRSA), entre autres, peuvent servir de base fondatrice pour représenter

- Un bureau composé d'un **Directeur général** et de **trois directeurs généraux adjoints**, dédiés aux trois secteurs de soins (ville, hôpital, médico-social) et d'un directeur général déléguée à l'innovation ;
- **Un Conseil** composé de représentants des instances représentatives de l'ensemble des acteurs du système, dont la plupart existe déjà mais n'ont pas réel pouvoir dans la gouvernance actuelle de l'organisation des soins.

Sur le plan régional

- La Nouvelle Assurance Maladie est représentée dans chaque région par une **nouvelle Assurance Maladie régionale**, qui reprend la déclinaison des organes de gouvernance que l'Assurance maladie Nationale
- **Les Nouvelles Assurances Maladie Régionales** assurent le pilotage opérationnel régional de l'ensemble de l'offre de soins régionale (rôle dévolu aux agences régionales de santé aujourd'hui)
- Les Nouvelles Assurances Maladie Régionales contractualisent avec les établissements hospitaliers sur le principe d'une **autonomie de gestion et d'organisation pour les établissements**. Elle pilote les budgets des missions d'intérêt général (MIGAC) et les fonds d'intervention régionaux (FIR).

l'ensemble des acteurs. L'objectif doit être de donner un véritable pouvoir de décision aux acteurs du système et non un simple rôle consultatif.

B/ Pour une gouvernance de la qualité et de l'innovation des pratiques médicales par les pairs

- L'**Ordre des Médecins** voit ses missions évoluer pour intégrer la fonction de « **Régulation de la qualité des pratiques médicales** »³. Il assume la responsabilité de cette gouvernance en tant qu'organisme de régulation de la profession mais délègue la réalisation pratique de cette évaluation aux Conseils Nationaux professionnels⁴.
- Cette régulation de l'activité médicale par les pairs est réalisée à partir des **référentiels professionnels, des guides de bonnes pratiques** et la veille technologique approuvés par la Haute Autorité de santé⁵.
- Dans le respect de la pluralité des acteurs, de la multiplicité des modes d'installation, de l'indépendance professionnelle, un **principe de certification tous les 5 ans** des médecins leur permet de suivre l'évolution accélérée des connaissances et des compétences médicales. Cette certification est le processus d'un accompagnement en formation renforcé et l'aboutissement d'un processus d'auto-évaluation numérique transparent, simple et valorisant pour l'ensemble de la communauté médicale (reconnaissance, réputation des professions médicales).
- Cette régulation de la qualité de l'activité médicale se traduira par :
 - **L'établissement d'indicateurs de performance sur les process et sur les services, et**
 - **La mise à disposition du grand public d'une information sur la qualité des soins**, à partir de critères objectifs, non pénalisants pour les professionnels prenant en charge des populations à haut risque.

³ Selon les articles 11 & 32 du code de déontologie, la pratique de la médecine doit se réaliser dans la maîtrise et le respect de l'évolution des connaissances techniques et médicales.

⁴ Proposée en 2009 par l'Assemblée Générale de la Fédération des Spécialités médicales, il existe un Conseil national Professionnel (CNP) pour chaque spécialité, qui regroupe toutes les composantes de la profession.

⁵ La HAS est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique.

C/ Gouvernance des produits de santé : faire de la France un leader mondial dans l'accès rapide et universel aux innovations technologiques et biothérapeutiques

- Renforcer **les moyens humains et financiers** des agences publiques dédiées à l'enregistrement des produits de santé⁶ dans leur capacité d'évaluation, d'analyse, de valorisation et de veille des innovations pour assurer :
 - Des délais d'accès pour les patients à ces innovations parmi les plus courts des pays développés
 - Une tarification des innovations qui prenne en compte la juste valeur apportée au patient et au système de santé, dans les conditions réelles de vie
 - La constitution d'une réserve d'experts scientifique de haut niveau sans lien d'intérêt avec l'industrie, rémunérés par les agences.
- Étendre la place des institutions représentatives des citoyens⁷ dans les agences, en leur donnant **selon certaines conditions bien définies un réel pouvoir décisionnaire** sur les décisions d'évaluation, de remboursement et de tarification des produits de santé.
- Instaurer un **rendez-vous annuel entre toutes les parties prenantes** sur l'actualisation des nomenclatures, des produits et services disponibles afin de garantir la mise à disposition pour tous des innovations technologiques et biothérapeutiques dans le respect des contraintes budgétaires.

⁶ Dont l'Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la Commission de la transparence de la HAS, le Comité économique des produits de santé (CEPS).

⁷ Voir pilier 3

D/ Instaurer une gouvernance de la recherche davantage centrée sur la performance scientifique

- Faire de **l'Agence Nationale de recherche (ANR)**⁸ un organe puissant, performant et réactif pour financer les projets sur des sujets émergents de recherche à fort potentiel,, dont la recherche translationnelle. Tout en respectant l'indépendance des organismes existants (INSERM, CNRS, INRA...), l'ANR doit jouer un rôle accru dans l'évaluation scientifique par l'effet succès/échec des demandes de crédit⁹ et dans la valorisation de la recherche française dans l'opinion publique.
- **Favoriser l'émergence de structures de recherche décentralisées** – comme les Instituts hospitalo-universitaires - dont l'excellence scientifique, la renommée des chercheurs et la qualité des projets permettent d'en faire des centres d'excellence autonomes et à forte capacité d'innovation.
- Développer la **recherche translationnelle en santé, par l'instauration de centres d'excellence en recherche translationnelle**, de façon à ce que les promesses de la recherche fondamentale se traduisent rapidement en une amélioration de la santé des individus et des populations. L'ANR doit favoriser le financement et la coordination de projets de recherche translationnelle impliquant le monde académique, sanitaire et industriel.
- Cette évolution de la gouvernance doit favoriser le développement de la **recherche clinique en milieu ambulatoire** (voir pilier 2) d'une part et soutenir **les inventeurs et créateurs d'entreprise à partir de brevets publics** pour mener à son terme le développement clinique à l'international d'autre part.

⁸ L'Agence nationale de la recherche (ANR) est une agence de moyens créée le 7 février 2005, qui finance la recherche publique et la recherche partenariale en France. So renforcement passe par une dotation budgétaire proche de ce qui avait été prévu lors de sa création, soit environ 1,5 Mrd euros

⁹ Avoir son ANR, comme avoir son NIH, doit devenir un critère d'évaluation majeur de tout chercheur.

2/ ORGANISATION DES SOINS

REFORME DES ORDONNANCES DEBRE : UNIVERSITARISER LA MÉDECINE DE VILLE

Objectifs

- Reconnaître aux spécialités médicales de ville en général, et à la médecine générale en particulier, une mission **d'enseignement et de recherche** à équivalence statutaire avec les spécialités hospitalières
- Permettre **aux cabinets médicaux de ville** d'assurer un rôle pivot dans la médecine de parcours et dans la prévention
- **Reconstruire le modèle du centre hospitalo-universitaire pour lui redonner une mission d'excellence et de promotion de la médecine française à l'étranger**

Engagements

Auprès des citoyens

- **Disposer de structures ambulatoires** dotées des innovations technologiques et adaptées à l'exercice de la médecine préventive et de parcours
- Renforcer l'accès des citoyens sur tout le territoire à **une médecine de proximité de qualité** et à une **médecine hospitalière d'excellence**
- **Réduire les inégalités** territoriales en matière de soins et mettre fin à la désertification médicale.

Auprès des professionnels de santé

- Faire de **la médecine de ville** en général et de la médecine générale en particulier le pivot de la prise en charge ambulatoire des patients chroniques
- **Renforcer l'attractivité pour les jeunes générations** de l'ensemble des types d'exercice en ville et à l'hôpital pour disposer d'une vraie liberté de choix de son mode d'installation
- **Rendre accessible la recherche clinique et l'enseignement médical** à tous les professionnels de santé qui le souhaitent et disposent des capacités en ville comme à l'hôpital

Propositions

A/ Pour une loi de reconnaissance des missions d'enseignement et de recherche de la médecine de ville

- **Réformer les ordonnances Debré de 1958** pour reconnaître à certaines structures pluridisciplinaires de médecine de ville – **qui feront office de centres ambulatoires universitaires de ville** - une fonction pleine et entière dans la recherche et la formation clinique des étudiants et internes en médecine et d'autres professions paramédicales

B/ Labéliser 1000 structures universitaires ambulatoires

- Développer près de 1000 **centres ambulatoires universitaires de médecine de ville**, répartis de façon homogène sur l'ensemble du territoire permettant d'accueillir des externes, des internes et des chefs de clinique de médecine de ville et de mener des programmes de recherche clinique sur les pathologies chroniques. Le statut universitaire serait délivré selon un cahier des charges défini par la gouvernance universitaire et les pouvoirs publics, tout en préservant la liberté d'installation des médecins et la pluralité des modes d'exercice existants.
- Mettre en place un **pilotage régional des centres ambulatoires universitaires** par la Nouvelle Assurance Maladie Régionale, qui prendra en compte les contraintes et les opportunités locales de l'hôpital et de la ville.
- **Étendre la formation clinique** en ville des internes de médecine générale à l'ensemble des semestres d'internat à l'exception d'un semestre à minima qui resterait hospitalier. Les centres ambulatoires universitaires, qui représentent une décentralisation universitaire, doivent **disposer des**

moyens numériques et matériels suffisants pour être connecter avec l'Université et le CHU et exercer leur mission dans de bonnes conditions.

- Faire de ces centres ambulatoires universitaires de médecine de ville des **lieux d'excellence** pour des services **de prévention et de prédiction, et pour la prise en charge des pathologies chroniques (médecine de parcours, télémédecine).**

C/ Donner les moyens à l'ambulatorio de faire de l'enseignement et de la recherche

- **Développer un vivier** de 500 enseignants (en équivalent temps plein) de médecine générale, de 12 000 maîtres de stage en médecine de ville et 300 chefs de cliniques¹⁰ pour garantir une formation clinique de qualité et la réalisation de programme de recherche ambitieux en médecine ambulatoire
- Dissocier le budget annuel de « recherche et enseignement » du budget hospitalier en créant un objectif national des dépenses d'assurance maladie **(ONDAM) dédié à l'enseignement et à la recherche** qui servira au financement de ces activités pour le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire (constitution de cohortes sur le long terme pour les maladies chroniques)

D/ Reconstruire un modèle ambitieux de CHU

- **Reconstruire un modèle ambitieux de Centre hospitalier universitaire** sur la base d'un modèle :
 - **Ouvert sur la ville**, pour ses missions d'enseignement et de recherche (convention et interactivité numérique avec les centres ambulatoires universitaires)

¹⁰ Début 2018, il existe 80 enseignants à temps plein, 9000 maîtres de stage en médecine de ville et 150 chefs de clinique

- **De spécialités choisies** (et non plus généraliste) pour y développer avant tout l'excellence dans chaque établissement
- **Ouvert sur l'international** pour attirer des chercheurs étrangers en France, attirer une patientèle internationale et promouvoir l'excellence de la médecine française à l'étranger (favoriser les fondations).
- **L'autonomie laissée aux centres hospitalo-universitaires** devrait les inciter à
 - Décentraliser la gestion opérationnelle d'un établissement au niveau **des pôles d'activité** dont la gouvernance fait coexister le pouvoir médical et administratif ;
 - Leur permettre d'avoir une plus grande autonomie et une plus grande capacité à gérer les ressources humaines en fonction des nouveaux enjeux des modèles hospitaliers. Par exemple, un dispositif pourrait revenir à instaurer **une option individuelle permettant à chaque professionnel** de décider de rester sous son statut d'exercice antérieur et d'y poursuivre son déroulement de carrière ou d'opter pour un autre mode d'exercice.

3/ FINANCEMENT

POUR UN FINANCEMENT SOLIDAIRE QUI DONNE À CHACUN UN MAXIMUM DE CAPACITÉ D'AGIR POUR SA SANTÉ

Objectifs

- Garantir aux usagers une **couverture santé solidaire universel** de leurs dépenses de santé
- Concevoir une architecture de financement qui soit **lisible et efficiente** pour les usagers et pour la collectivité
- Garantir un financement des dépenses de santé qui assure **un accès rapide aux innovations** pour tous et un accès égalitaire en matière de qualité des produits et services de santé

Engagements

Auprès des citoyens

- Disposer d'un **financement solidaire, lisible et efficient** garantissant un accès pour tous à des produits et services de qualité en santé
- **Mettre en capacité les assurés** de choisir de façon éclairée leur assurance santé privée et garantir la protection de leurs droits fondamentaux en santé
- **Garantir un financement** pour tous des innovations dans le préventif, le prédictif et le curatif

Auprès des professionnels de santé

- Garantir leur **indépendance professionnelle vis-à-vis des financeurs et la liberté de choix des patients**
- Garantir le **financement des dernières innovations technologiques et biothérapeutiques**
- Disposer pour leur mission de service public de santé d'une **patientèle solvable et responsabilisée** sur sa consommation de soins.

Propositions

A/ De l'assurance maladie corporatiste à l'assurance santé universelle

- Création d'un **régime santé universel unique** qui intègre l'ensemble des régimes obligatoires existants et devient le régime santé principal de tous les résidents légaux sur le territoire. Ce régime unique est géré exclusivement par la **démocratie sanitaire conçue autour de la Nouvelle Assurance Maladie (voir Pilier 1)**. Il s'inscrit dans l'évolution vers une protection sociale de la personne et non plus des statuts d'une part et une approche plus holistique de la santé d'autre part (on parlera d'assurance santé et non plus d'assurance maladie)¹¹.

B/ Pour une architecture du financement lisible et efficiente

- Renforcer le rôle de la **nouvelle assurance santé universelle** dans le financement solidaire des dépenses de santé :
 - **Un seul payeur assurantiel par prestation de santé** : l'assurance santé universelle est le seul financeur dans toutes les prestations où elle est aujourd'hui majoritaire
 - Les assureurs privés deviennent **des assureurs supplémentaires au premier euro pour les prestations** où elles sont majoritaires aujourd'hui (prothèses dentaires, audioprothèse, lunettes, médicaments à faible service médical rendu) et dans certains domaines comme les indemnités journalières de courte durée
- Renforcer la couverture du risque santé des usagers tout en les impliquant dans la **maîtrise des dépenses** :

¹¹ Union Nationale des Caisses du Régime Universel de Santé (UNCRUS).

- Maintien de l'ensemble des conditions actuelles d'exemption du ticket modérateur (remboursement à 100%), dont celle pour les affections de longue durée, à l'exception du cas des soins d'urgence hospitalières non suivis d'une hospitalisation
- Simplification du système de ticket modérateur à deux taux selon le montant de la prestation de santé (10%, 20%)
- Le ticket modérateur devient non assurable afin de faire participer les usagers à la maîtrise des dépenses
- Une gestion dynamique des paniers de soins par la Nouvelle Assurance santé universelle permet d'intégrer rapidement les innovations biothérapeutiques et technologiques reconnues dans le panier des soins remboursables

C/ Pour une assurance santé privée organisée selon un modèle mutualiste concurrentiel régulé

- **Pour une affiliation individuelle** pour toute la population, y compris les actifs. La part financée actuellement par les employeurs des contrats collectifs est utilisée à des fins de financement de programme de maintien en bonne santé dans les entreprises.
- Pour la création d'un **contrat homogène standard** garantissant une couverture efficace des prestations de certains services de maintien en bonne santé (e-santé) et du panier de soins confiés à l'assurance privée. Ce contrat serait défini par la loi et actualisé chaque année¹². Il impose un standard de qualité, une comparabilité aisée des contrats par tous les usagers.
- Ce contrat servira d'étalon de référence pour comparer les tarifs entre assureurs, à l'aide d'un **comparateur officiel sur internet**.

¹² Au sein de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)

Piliers de la refondation

Chaque assureur santé aura l'obligation de le proposer, au sein de son portefeuille global de contrats santé.

- L'assurance santé privée est régulée de façon à renforcer **la non sélection des risques**, l'indépendance professionnelle des soignants et la liberté de choix pour les assurés :
 - **Renforcement de la protection des données individuelles** de santé pour garantir aux assurés leur confidentialité, leur non utilisation à des fins de sélection de risque
 - **Suppression du remboursement différencié** des contrats privés d'assurance selon le choix des professionnels de santé
 - **Création d'une autorité de régulation** de l'assurance santé privée supervisant la qualité des contrats et la protection des droits des usagers
- **Création d'un fonds d'investissement public dédié à l'innovation et au maintien en bonne santé**
 - Création d'un fonds d'investissement dans le capital humain pour les services et produits dédiés au maintien en bonne santé de la population (programme pluriannuel d'actions sur les déterminants sociaux de santé)
 - Ce fonds sera géré par le Haut-Commissaire de la santé publique et se déclinera sur l'ensemble des politiques publiques concernées

Pour Joindre l'Institut Santé
contact@institut-sante.org