

Faire vivre l'idéal républicain
au cœur de la **refondation**
de notre système de santé

“

*Ce sont les idées
qui mènent le monde*”

Joseph Ernest Renan

Alors que notre société connaît des progrès technologiques et médicaux inégalés dans l'histoire de l'humanité, alors que la France dispose d'une des meilleures ressources médicales au monde, alors que notre pays dépense une part de sa richesse nationale plus élevée que les autres pays développés (+2 points de PIB vs OCDE), notre système de santé connaît aujourd'hui la crise la plus profonde de son histoire.

Si cette crise n'est pas une question de moyens, quelle en est la cause ? Elle est probablement double : les difficultés d'adaptation du système à un environnement qui a radicalement changé et les erreurs dans les tentatives de réforme de ces dernières années. La triple transition démographique, épidémiologique et technologique a totalement changé la donne dans la gestion du risque en santé comme pour celle de l'ensemble des risques sociaux. Le pouvoir politique n'a pas été inactif face à ce changement mais la réponse a été soit paramétrique là où il fallait une réponse systémique soit erronée comme l'étatisation de la gouvernance.

Face à une abondance de moyens, la crise généralisée à tous les secteurs est un formidable gâchis. L'hôpital connaît une crise existentielle. Les soins de ville souffrent d'une désertification médicale inédite, liée à un secteur libéral qui a été affaibli sans alternative viable ou supérieure en service rendu. Le secteur médico-social n'a pas été structuré à la hauteur des besoins et des enjeux. L'industrie pharmaceutique française a largement perdu de sa compétitivité, les patients ont même aujourd'hui des difficultés à obtenir les médicaments du fait des pénuries.

La réponse proposée ces dix dernières années de donner une place prédominante à l'administration étatique pour adapter notre système de santé au nouveau monde a échoué (constat par les faits). L'organisation des soins et l'architecture de financement ont en réalité peu évolué.

Or, on ne change pas l'administration par des réformes administratives. Le seul moyen de dépasser ce paradoxe est la réponse stratégique. C'est ce que l'Institut Santé se propose de faire dans ses travaux présentés ici sous forme d'une réforme globale de notre système de santé. Si cette réforme se réfléchit à partir des défis à relever

et des forces en présence, elle nécessite de faire un choix de société, un choix de modèle soutenu par une vision globale du système de santé. Le choix défendu ici est le choix républicain, c'est à dire la refondation d'un modèle à la française. C'est ce choix qui structure toute la réflexion, dans le but de rechercher un compromis social le plus large possible.

Faire vivre cet idéal républicain – traduit par la devise « liberté, égalité, fraternité » - est le fil conducteur de la refondation proposée. C'est la raison pour laquelle la participation citoyenne, l'exercice actif de la citoyenneté, qui est au cœur de la démarche de l'Institut Santé est aussi centrale dans la construction de nouveau système de santé. c'est aussi pourquoi la coexistence des valeurs cardinales que sont la liberté des acteurs du système (soignants et soignés) et l'égalité des chances en santé est rendue possible et viable grâce à une sécurité sociale renforcée dans son rôle de financeur solidaire comme dans celui de pilier de la démocratie sanitaire.

Que se passera-t-il si la refondation ne se fait pas ou échoue ? La disparition de notre modèle républicain de santé et l'évolution accélérée vers un modèle étatique à l'anglaise. Les citoyens continueront à être soignés mais avec une dégradation de la capacité du système à garantir l'égalité des chances par l'accès à tous à la même qualité de prestations. Les inégalités sociales de santé en France sont déjà élevées du fait d'une santé publique délaissée par un système centré sur le curatif, elles s'aggraveront.

Le programme proposé par l'Institut Santé comprend des économies et des dépenses nouvelles pour un solde global d'économies de 10 milliards d'euros sur 3 ans. La France a les moyens de reconstruire un système de santé de référence dans le monde, avec toutes ses spécificités.

La Santé dans la société du XXI^{ème} siècle

Un nouvel ordre social

Le changement social le plus remarquable est la transformation de la France qui est en train de passer d'une société de statuts à une société d'individus. Les sociologues s'accordent sur le diagnostic d'une transformation en profondeur du pays depuis les années 60, qui l'a fait passer, non sans soubresauts, vers une société où les individus ne se définissent plus seulement par des statuts acquis ou des liens sociaux hérités, mais par des appartenances ou allégeances choisies, où ils ont à faire la preuve de leurs mérites et de leurs qualités personnelles.

Toute réforme du système de santé doit s'appuyer sur une « philosophie », une conception de la société et de l'individu, comme ce fut le cas pour les fondateurs de la Sécurité sociale. Mais la société française a profondément changé depuis 1945 : elle est en train de passer d'une société de statuts à une société d'individus.

À condition de comprendre que ce « nouvel individualisme » n'est pas le triomphe de l'égoïsme, on peut envisager une société d'individus qui soit juste au sens d'une égalité réelle des personnes.

Alors qu'une société de statuts est profondément injuste parce qu'exclusive et fermée, une société d'individus est ouverte car elle accepte le risque, la concurrence, la liberté de choisir comme la possibilité de l'échec, mais elle n'est pas injuste si les principes Rawlsien de liberté, d'égalité des chances et de différence sont respectés, et si la sécurité des plus défavorisés est réellement garantie.

Si l'on comprend l'individu de manière développementale, la protection de statuts figés apparaît bien comme l'obstacle à son développement.

Quand on considère que l'individu est un être qui a un horizon vers lequel se projeter, un individu « capable », pour reprendre l'expression de l'économiste Amartya Sen, capable de développer ses potentialités tout au long de sa vie, on voit clairement que c'est lui, pas le statut, qu'il faut protéger en lui donnant les chances de se développer librement.

La conception développementale permet de comprendre que, puisque la personne ne se réalise que grâce aux autres, elle est nécessairement solidaire des autres. C'est ce que Léon Bourgeois et le solidarisme français décrivaient comme la « dette sociale » ; l'individu est débiteur de la société car il ne se réalise que par la solidarité, jamais par ses seules forces, et que le succès individuel est aussi un succès de la solidarité comme l'échec individuel est aussi un échec de la solidarité.

Le geste réformateur impose une remise en question des objets mêmes du système : le médecin, l'hôpital, les pratiques, la rationalité et avant tout le patient, ce citoyen, acteur central et premier concerné.

Il doit traiter l'individu « capable » non comme le bénéficiaire passif des aides sociales et du système de santé, mais comme un acteur à part entière de sa santé qui devient sa responsabilité sur le long terme. Le rôle du système de santé en conséquence est de se mettre au service du développement de chacun, de l'aider à protéger ce bien. Il ne peut plus se contenter d'intervenir seulement en aval, pour faire face aux urgences et aux crises.

Au contraire, intervenir au plus tôt, investir dans les différents temps de la vie, pourrait permettre d'éviter l'émergence de pathologies liées à différents déterminants comportementaux. Il s'agit là d'une véritable révolution que ces transformations sociales nécessitent. Le but de la protection sociale doit être de combiner sécurité et justice au lieu de sacrifier l'une à l'autre, comme dans la société de statuts.

Telle est la conception philosophique de l'individu et des rapports aux autres qui pourrait guider une réforme du système de santé qui mettrait l'individu « capable » au cœur de l'institution, sur la base de rapports sociaux « horizontaux », respectueux de l'autonomie, de la capacité d'anticipation, d'initiative des personnes, de leur engagement vis-à-vis de leur santé, de leur avenir.

La Santé dans la société du XXI^{ème} siècle

Un nouvel ordre médical

La réforme du système de santé est urgente en raison des transformations profondes de l'ordre médical.

La santé aujourd'hui ne correspond plus seulement à la réduction ou à l'annulation d'une pathologie définie, elle se donne pour objectif de protéger et d'améliorer la qualité de vie de chaque individu. Dans cette nouvelle perspective, il n'est pas possible de fixer objectivement un seuil théorique et pratique, valable pour tous, à partir duquel on pourrait dire que les besoins de santé sont entièrement et définitivement satisfaits. Ce nouvel ordre doit s'attacher à dépasser l'espace médical pour s'insérer véritablement dans la santé au sens large.

Le droit à la santé est un droit à l'égalité d'accès à une offre de soins, de prévention et d'information. Mettre ainsi en capacité les individus de rester le plus longtemps en bonne santé est une demande de justice.

Les représentations de la santé ont dépossédé l'individu de l'idée que sa santé dépendait avant tout de lui, et de ses comportements. C'est cette idée qu'il faut mettre, au contraire, au centre de tout projet de réforme. Les bouleversements sociétaux que nous avons mis en lumière ne permettent plus de penser la santé sous la forme d'un sujet s'en remettant passivement à l'État Providence.

Le nouveau paradigme doit au contraire refléter le nouvel ordre médical comme le nouvel ordre social en mettant l'individu au sens défini plus haut, responsable et « capable », au cœur du système de santé, par un processus d'empowerment qui le sort de sa minorité (Kant) et de sa dépendance, de sa passivité vis-à-vis du système où il est traité comme un consommateur sans pouvoir et un patient sans savoir. C'est là que réside la possibilité de limiter la croissance infinie des besoins et des coûts.

Comme pour Michel Crozier, l'Etat moderne en ce domaine est celui qui crée les conditions pour que le citoyen s'assume.

Réforme des ordonnances Debré de 1958

Refondre l'hôpital

- Le management des hôpitaux sera géré à l'échelle régionale et non plus locale. Les élus régionaux remplacent les élus locaux dans le collège du conseil de surveillance des hôpitaux.
- Pour instaurer un management plus coopératif entre les soignants et les administratifs, c'est la communauté médicale et non le directeur de l'établissement qui choisira ses représentants au Directoire par un vote et le profil des dirigeants sera diversifié (au-delà de EHESP)
- Favoriser et professionnaliser l'évolution des médecins vers des postes managériaux pour réaliser un renouvellement profond de la conception et de la pratique du management médical.
- Renforcer l'autonomie des hôpitaux dans leur gestion et leur management en externe comme en interne :
 - Etablir des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen sources d'une véritable autonomie avec la gouvernance régionale.
 - Renforcer la gouvernance interne par les pôles d'activité, en redéfinissant leur périmètre pour conduire à l'excellence clinique, en recherche et en enseignement. Le chef de pôle est nommé par vote de la communauté médicale et approuvé par le Directoire. Le projet et le contrat de pôle sont les outils supports pour garantir l'autonomie de l'entité « pôle » qui doit être régulièrement évalué.
- Le statut du praticien hospitalier est maintenu mais la gestion des carrières est repensée pour le rendre plus attractif et adapté aux nouveaux enjeux :
 - Fin des trois valences de base portées par un seul PH (Praticien hospitalier) : le médecin est en début de carrière (niveau 1) en formation complémentaire à l'hôpital, puis il évolue en PH avec mono-valence (niveau 2) et en PH avec multi-valences (niveau 3).
 - Le PH peut travailler 2 jours par semaine en dehors de l'hôpital (règle des 3/2). Une plus grande diversification du parcours et une plus grande mobilité géographique seront proposées aux PH.
 - Le PH avec multi-valence (HU), aura un contrat de mission comprenant deux valences (sauf exception) pendant un temps déterminé.
 - PH et PUPH seront évalués régulièrement par leurs pairs.
- Une revalorisation des carrières du personnel paramédical passera par plus de mobilité interne, plus de la formation continue pour développer de nouvelles compétences et par un accompagnement plus individualisé du parcours professionnel.
- L'enseignement médical sera réalisé par du personnel dédié et évalué pour permettre un enseignement d'excellence.
- L'activité de recherche facilitera l'émergence de pôle d'excellence et faire des CHU des têtes de réseau avec une approche graduée et des collaborations avec les autres acteurs de recherche du territoire.
- L'activité soins des CHU sera recentrée sur les soins ultraspecialisés, en cohérence avec un enseignement et une recherche tournés sur l'excellence. Le CHU évoluera d'un modèle généraliste vers un modèle de spécialités choisies selon les établissements, constituant autant de pôle d'excellence hospitalière.
- Face aux nouveaux enjeux, la typologie hospitalière évolue vers 3 modèles : la tête de réseau pour une activité d'excellence ultraspecialisée, le centre généraliste de moyen et long séjour et l'établissement ambulatoire spécialisé. Cette typologie doit supporter une allocation optimale des ressources pour la restructuration hospitalière.
- Faciliter le développement des collaborations ville-hôpital et public-privé par l'intermédiaire de conventions avec les gouvernances territoriales de ville et par une certification qui intègre les parcours et pas uniquement les structures de soin.
- Une transparence sur les résultats et sur la qualité des prestations hospitalières, à partir d'indicateurs de performance reconnus, sera instaurée et l'accréditation pour les spécialités à risque sera encouragée.

Réforme des ordonnances Debré de 1958

Refondre les soins de ville

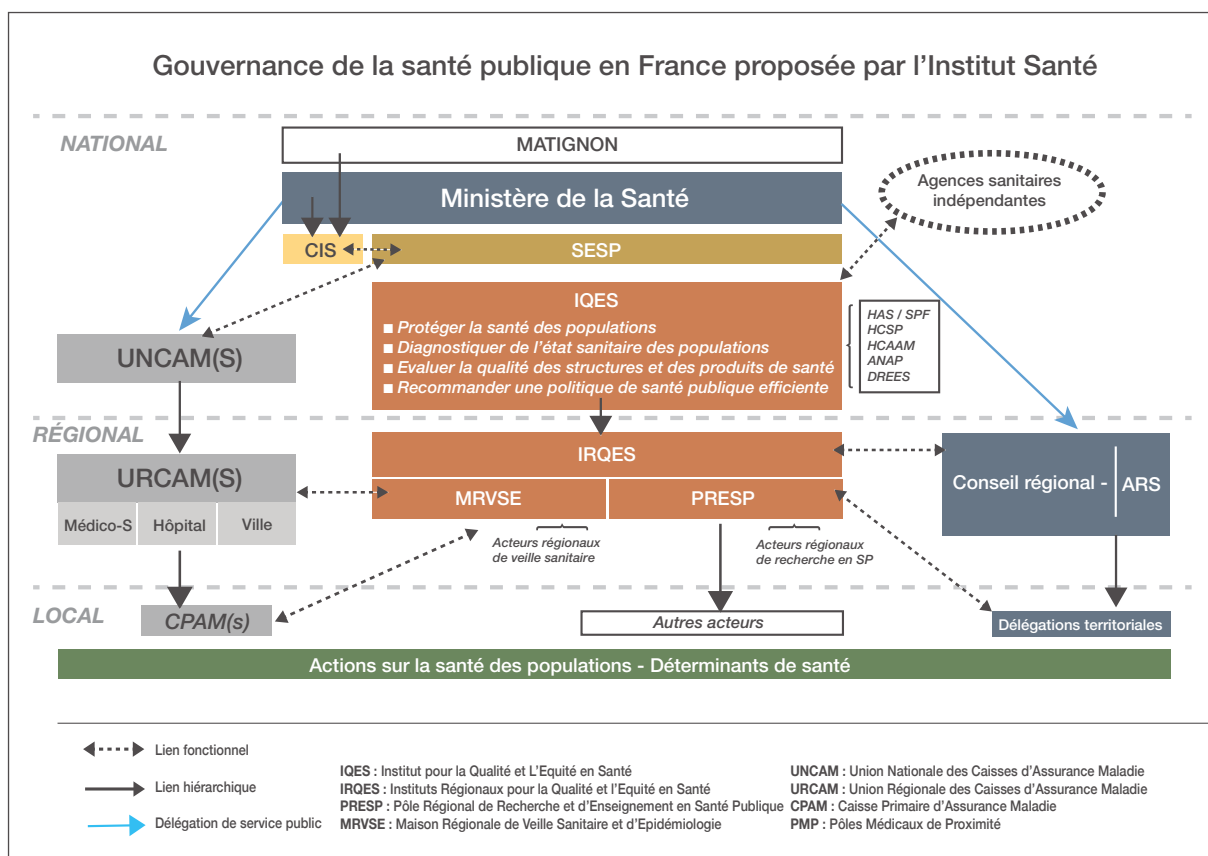
- Une gouvernance territoriale (GT) des soins de ville de proximité à l'échelle d'au plus quatre bassins de vie (couvrant environ 120 000 habitants mais dont le périmètre dépendra aussi des besoins de santé) sera créée.
- Cette GT sera pilotée par un bureau composé de trois collèges : un collège des représentants des professionnels de santé, un collège de professionnels non-inscrits dans des structures syndicales, un collège institutionnel et citoyen. Elle contractualisera avec la gouvernance régionale (l'URCAM) selon des objectifs et des moyens en phase avec les missions.
- Correspondant à une vraie décentralisation de la gouvernance des soins de ville à l'échelle territoriale, cette GT sera responsable de la bonne réalisation des missions des professionnels de santé de ville (accès aux soins, permanence des soins ambulatoires (PDSA) formation des internes, santé publique, bon fonctionnement des pôles médicaux de proximité...) et de l'adéquation des moyens financiers et technologiques avec ces missions. Outre le budget de fonctionnement, elle gèrera des budgets de certaines missions comme la PDSA.
- Chaque territoire sera obligatoirement doté d'une gouvernance territoriale, ce qui devrait conduire à la constitution de près de 550 structures. Le respect du cahier des charges prévus par la loi sera vérifié par les URCAM (i.e. la gouvernance régionale des soins).
- Sous la responsabilité de la gouvernance territoriale, des pôles médicaux de proximité (PMP) seront créés pour structurer l'offre et garantir la bonne réalisation des missions prioritaires à l'échelle locale.
- L'accès aux soins primaires à tout moment permettra de désengorger les urgences hospitalières. La reconstruction d'une offre efficace en PDSA passera par la formation des internes aux soins d'urgence, une rémunération adéquate des maîtres de stage et des internes, un paiement par les patients identique en ville et à l'hôpital, une sécurisation des sites de PDSA.
- Parmi les missions des pôles médicaux de proximité, l'optimisation des parcours des patients chroniques passera par l'établissement d'un contrat thérapeutique entre le patient, l'assurance maladie et le médecin coordinateur (le médecin traitant, la plupart du temps). Ce contrat thérapeutique comportera les engagements de chaque partie pour réaliser une prise en charge optimale et optimiser la qualité de vie du patient. Il comprendra entre autres le programme personnalisé de soins et les informations clés à connaître sur la pathologie. Ce contrat sera signé par les parties au moment de la reconnaissance par l'Assurance Maladie de la nature « Affection de longue durée » de la pathologie, ouvrant droit au remboursement à 100%
- Ces pôles médicaux de proximité, sous la responsabilité de la gouvernance territoriale, seront évalués régulièrement par les Pouvoirs Publics (Institut pour la Qualité et l'Équité en Santé (IQES), pôle institutionnel de santé publique, cf infra) dans un objectif d'amélioration des pratiques et d'atteinte des objectifs fixés. Cette évaluation permettra que la labellisation des pôles par l'IQES soit fluide, facile à gérer pour les professionnels et vécue comme source d'amélioration des pratiques et des conditions de vie professionnelles.
- La participation de l'ensemble des professionnels de santé à ce PMP sera libre et les membres resteront indépendants. L'incitation à l'adhésion sous forme de convention sera liée à l'accès à des moyens technologiques et à des fonctions support qui amélioreront sensiblement la qualité des pratiques.
- Afin de mieux valoriser l'enseignement médical en ville, un doublement du nombre d'enseignants en médecine générale sera proposé.
- Comme à l'hôpital, le nombre de valence par personne sera limité à deux sur une période donnée, sachant que l'enseignement ne peut être déconnecté du soin. Un programme ambulatoire de recherche médicale (PARM) sera créé pour dynamiser la recherche clinique en ville sur des projets impliquant principalement les professionnels de santé de ville.

Du **soin** à la **santé**

Pour une santé publique pivot du système

- Face à l'émiettement mortifère des institutions de santé publique et donc des lieux de décision et expertises, face à la faiblesse de notre organisation et de nos financements en prévention institutionnelle, il faut instaurer une gouvernance politique unifiée et dédiée à la santé publique, qui illustrera un basculement du centre de gravité de notre système du soin vers la santé.
- Un Secrétariat d'Etat à la Santé Publique pilotera l'ensemble du pôle institutionnel de santé publique. Il sera doté d'une double tutelle, celle du Premier Ministre pour les aspects interministériels et celle du Ministre de la santé pour les autres fonctions.
- Face à la multitude d'agences et de hauts conseils existants, un Institut pour la qualité et l'équité en santé (IQES) sera créé. L'IQES sera un établissement public indépendant à caractère scientifique. Il sera le bras armé de l'Etat permettant de définir une stratégie nationale de santé à partir des besoins de la population, en hiérarchisant les objectifs afin de permettre une optimisation de l'allocation des ressources.
- L'IQES sera organisé en départements couvrant ses principales fonctions : protéger efficacement la santé des populations, évaluer et suivre les besoins sanitaires, évaluer la qualité des structures sanitaires et des pratiques, recommander aux Politiques une politique efficiente de santé. Cette évaluation de la qualité s'effectuera en étroite collaboration avec les sociétés savantes et les Conseils Nationaux Professionnels (CNP).
- L'IQES regroupera au sein de ses départements les diverses agences remplissant ces missions (Has, Hcaam, Hcsp, Santé Publique France, Drees...). Pour autant, les agences ne rentrant pas dans le périmètre de ces missions resteront indépendantes.
- L'IQES sera décliné sur le plan régional par les Instituts Régionaux pour la Qualité et l'équité en santé (IRQES). Ces IRQES seront structurés selon deux pôles : une maison régionale de veille sanitaire et d'épidémiologie et un pôle régional de recherche et d'enseignement en santé publique en lien avec les universités. Ces deux pôles unifieront la myriade d'organisations existantes.
- Le pilotage opérationnel des actions de santé publique en région sera réalisé par une structure en lien avec le Conseil régional et qui comprendra les services actuels dédiés des agences régionales de santé. Comme les politiques publiques menées par les régions agissent déjà sur de nombreux déterminants de santé, on ajoutera aux régions une nouvelle compétence en santé publique.
- Fort de cette nouvelle gouvernance, les dépenses de prévention institutionnelle seront augmentées sur 5 ans à hauteur de 3% de la dépenses courante de santé, soit une hausse de 3 milliards d'euros centrée sur la prévention collective et sur la médecine scolaire.
- Un pôle international d'excellence académique en recherche et enseignement de santé publique sera créé et réunira les meilleures ressources avec une approche interdisciplinaire couvrant l'ensemble des sciences humaines, sociales et les sciences dures impliquées en santé publique. Son statut pourrait s'inspirer de celui de fondation des instituts hospitalo-universitaires (IHU).
- Un programme de santé publique sur 2 ou 3 années du type « prévention et santé environnementale » sera incorporé aux premières années d'études de médecine.
- Un hub de données de santé, un atlas santé et un site public de connaissance en santé sont aussi à créer.
- La recherche en santé en France est peu dynamique comme en attestent des dépenses en quasi-stagnation depuis 10 ans (+0,6% par an). Pour redynamiser la recherche, le financement sera organisé selon deux mécanismes :
 - Un système de gestion de projets hautement réactif, capable d'investir rapidement face aux maladies émergentes et de mener des projets très innovants. Il sera géré par l'Agence Nationale de Recherche (ANR) dont le budget sera porté à 1,2 milliards € à 5 ans contre 575 millions € en 2016.
 - Un système de gestion de ressources humaines et de budget de fonctionnement. L'INSERM serait en charge de cette gestion.
- La structuration de l'ANR en base de financement par « projets » de recherche se fera selon le modèle de l'European Research Council (ERC) : Subvention de départ (starting grant), subvention de consolidation (consolidator grant), subvention avancée (advanced grant).

Gouvernance de la santé publique en France proposée par l'Institut Santé



Pour **une gouvernance des soins** qui favorise la **démocratisation de la santé**

- L'Etat doit être « réarmé » en santé publique à travers un dispositif institutionnel solide. Il sera en capacité de remplir pleinement ses fonctions d'Etat stratège et de régulateur. En revanche, le pilotage opérationnel des soins se fera par délégation de service public à l'assurance maladie, à travers une refondation de la démocratie sociale.
- Le modèle de gouvernance choisi est donc un modèle bicéphale avec un Etat stratège et une Assurance maladie pilote de la gestion opérationnelle. La délégation actuelle de l'Etat à l'Assurance maladie est étendue à l'hôpital. Le Comité exécutif de l'UNCAM pilote les trois secteurs du soin : ville, hôpital, médico-social.
- La Conférence Nationale de santé (CNS), avec ses 8

collèges, est fusionnée dans le Conseil de l'UNCAM qui devient un véritable parlement de la santé, lieu de débat et de démocratie sociale sur le plan national. Les composantes du Conseil de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), non représentés dans la CNS, sont intégrés dans le Conseil de l'UNCAM.

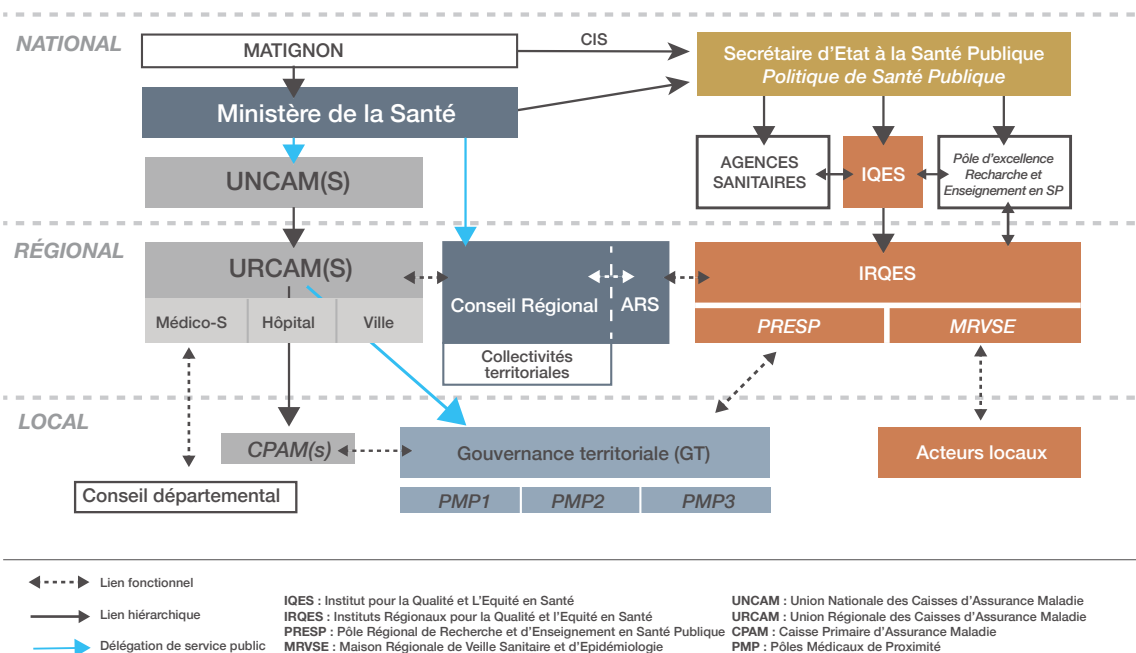
- Sous la responsabilité du directeur général de l'UNCAM, une direction générale de l'offre de soins, dotée de trois sous-directions dirigera l'hôpital, la ville et le médico-social. Les hauts-fonctionnaires du ministère dédiés à la régulation de l'hôpital seront transférés dans ce service de l'UNCAM. L'unification du pilotage de l'ensemble des soins dans une même direction décloisonnera la gestion de l'offre et

conduira à un pilotage efficient au parcours.

- La détermination des règles de tarification des établissements de santé, publics et privés, qui étaient une des prérogatives de l'Etat sera désormais dévolue à l'UNCAM, ce qui permettra une vision transversale et décloisonnée de l'équilibre globale des secteurs.
- Les Unions régionales des caisses d'Assurance Maladie (URCAM) reprendront une des deux grandes fonctions des Agences Régionales de Santé (ARS) : la régulation de l'offre de soins en région. Cette régulation comportera une dimension territoriale – pour une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire – et une dimension économique – pour une meilleure utilisation des ressources et une maîtrise des dépenses de santé.

- La Conférence régionale santé et autonomie (CRSA) sera fusionnée dans le Conseil des URCAM et y jouera le rôle de « Parlement régional de la santé ». Le Comité exécutif de l'URCAM disposera d'une direction régionale des soins avec trois sous-directions comme au National.
- Une nouvelle compétence en matière de santé publique sera confiée à la région, avec le support des services dédiées des ARS actuels et des IRQES. La région disposera de compétences exclusives en matière de développement économique, d'innovation, d'aménagement du territoire, d'environnement, d'agriculture... Elle sera donc en capacité d'agir sur les déterminants de santé.

Gouvernance de la santé en France proposée par l'Institut Santé



Pour un **financement solidaire** qui **optimise l'égalité des chances** en santé

Pour un système à payeur unique

- Face à la chronicisation des pathologies, au vieillissement de la population et à l'émergence d'innovations coûteuses, la garantie d'un accès pour tous à la meilleure qualité de prestations de santé reste une priorité nationale. Pour cela, la base fondatrice solidaire à partir de la sécurité sociale doit être confortée.
- La nouvelle architecture de financement se construit à partir du principe qu'une prestation de santé est financée par un financeur unique. La logique de la distinction des paniers de soins entre financeurs publics et privés doit renforcer l'Assurance maladie dans son rôle de bouclier sanitaire prédominant du système. La chronicisation des pathologies fait que l'Assurance maladie ne couvrira pas certains soins donc une couverture assurantielle mutualiste supplémentaire peut être nécessaire pour garantir un accès pour tous.
- Les OCAM deviennent des OSAM (Organismes Supplémentaires de l'Assurance maladie). Les Pouvoirs publics définiront un contrat homogène standard (CHS) qui sera le référentiel pour le marché en termes de prix, de garanties et de services. Il comportera un niveau de garanties suffisant pour des prestations de qualité devant être accessibles à tous les citoyens. La pratique du remboursement différencié par les OSAM sera abolie pour garantir la liberté de choix et l'égalité des chances entre les assurés pour l'accès à des prestations de même qualité.
- Un comparateur numérique public permettra une évaluation rapide des contrats des OSAM et une transparence du marché qui améliorera son efficacité. Les gains de productivité liés au numérique et à l'intelligence artificielle sont colossaux dans l'assurance. Les assurés en santé doivent en bénéficier au plus vite.
- Les avantages du modèle à payeur unique sont multiples :
 - Une optimisation de la gestion du risque : chaque assureur est plus incité à investir dans la prévention du risque dont il est le seul financeur ; la meilleure lisibilité du financement pour les assurés leur donnera une meilleure compréhension de leur risque et des coûts de santé ;
 - Une meilleure couverture du risque : le retour sur cotisation sera plus élevé grâce à la baisse des frais de gestion ;
 - Une plus grande facilité pour diversifier les modes de paiement des offreurs de soins ;
 - Une exigence constante du système à réévaluer la valeur des actes et à les fixer au juste prix ;
 - Une gestion dynamique facilitée des paniers de soins afin de prioriser l'innovation ;
 - Une meilleure maîtrise des dépenses publiques et privées de santé.
- Un régime santé universel (RSU) sera créé par la mise en concurrence de deux opérateurs publics de financement (régime général et MSA), afin d'optimiser la qualité du service aux assurés. Le RSU sera le symbole d'une protection sociale des personnes et non plus des statuts. Les autres opérateurs actuels seront fusionnés dans le régime général et les assurés auront un libre choix entre les deux opérateurs restants. La loi Morice sera abolie et la délégation de gestion du régime obligatoire supprimée.
- L'assurance privée en santé sera remutualisée à travers une affiliation individuelle sur toute la population : les contrats collectifs seront supprimés, actifs et inactifs souscriront uniquement des contrats individuels.
- La suppression des contrats collectifs générera des milliards d'euros d'économie pour les entreprises qui devront être réinvestis dans la santé au travail. Le financement des indemnités journalières sera transféré aux entreprises à hauteur d'un à deux milliards d'euros pour les arrêts de travail les plus liés à l'organisation du travail. Un investissement dans la santé au travail sera instauré pour faire bénéficier les actifs des économies générées pour les entreprises.
- Une autorité de contrôle indépendante de l'assurance santé privée sera créée pour garantir la protection des droits des assurés en matière de contrats, de risques de sélection largement découplés avec l'avènement du big data et de l'intelligence artificielle.

Systeme de financement des dépenses de santé proposé par l'Institut Santé

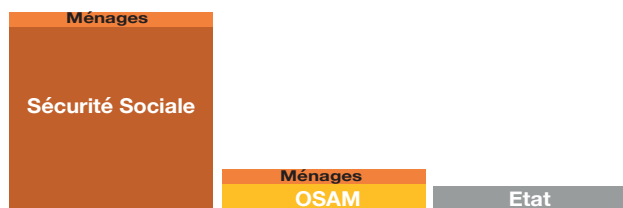
AUJOURD'HUI

Systeme de financement à payeurs multiples



DEMAIN

Systeme de financement à payeur unique



- Pour répondre au besoin d'une approche plus individualisée face à des besoins complexes dans les cas d'affections de longue durée, une expérimentation du concept du budget santé personnel (BSP) sur plusieurs milliers de personnes sera réalisée par l'Assurance Maladie. Ce BSP correspondrait à un montant financier nécessaire pour couvrir le financement des soins d'une personne souffrant d'affections de longue durée, cette dernière réalisant une autogestion de ce budget (avec le support des services de l'assurance maladie).
- Des études ont démontré que le BSP engendrait un meilleur contrôle des soins par la personne, ce qui diminuait le coût total. Les autres bénéfices sont une amélioration de la qualité de vie, une relation plus équilibrée entre les patients et les professionnels de santé, une amélioration de l'expérience du soin pour les personnes et un accès à une gamme de services plus larges que celle proposée par l'Assurance Maladie.
- Afin de diminuer le temps d'accès au marché des innovations bio thérapeutiques en France, l'Etat financera un collège d'experts scientifiques indépendants de haut niveau, sans lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique et rémunérés à leur juste valeur par l'IQES. Le champ des experts devra couvrir l'ensemble des innovations technologiques et thérapeutiques en cours et à venir.
- Rattacher le Comité économique des produits de santé à l'assurance maladie afin de développer davantage de démocratie sanitaire dans le processus d'évaluation et de tarification des molécules innovantes et de rendre le processus plus transparent.

Ce rattachement à l'Assurance maladie donnera l'opportunité de généraliser l'évaluation médico-économique des nouveaux produits de santé dans les décisions de remboursement et de tarification. Le suivi des données en vie réelle des molécules sera aussi simplifié ce qui facilitera le financement des molécules innovantes coûteuses grâce aux contrats de performance, très difficiles à instaurer dans l'organisation actuelle.

- Mettre en place un taux unique de remboursement (autour de 60%) des médicaments, ce qui concentrera le remboursement par l'Assurance maladie sur les médicaments à service médical rendu élevé et favorisera l'allocation des ressources sur les innovations.
- Concevoir un consortium d'industriels dont la mission sera de réussir le virage de l'innovation numérique (big data, IA, blockchain) de l'ensemble de notre système de santé. IL réunira toutes les compétences nécessaires pour réussir la transformation numérique du système. Cela reposera sur une délégation de service public impliquant un partenariat public-privé sous forme d'une contractualisation du consortium avec l'Etat. Ce dernier définira le cahier des charges et les objectifs à atteindre. Le financement d'une telle opération pourra être valablement assuré, s'agissant du privé, par l'affectation d'une partie des réserves surabondantes des organismes d'assurance privés en santé.



L'Institut Santé est un organisme de recherche fondé en 2018 pour **créer les conditions d'une refondation réussie du système de santé français.**

L'Institut Santé est une organisation citoyenne, apolitique et indépendante, ayant pour but de : bâtir un projet de refondation de notre système de santé adapté au XXIème siècle, au bénéfice de tous les citoyens et dans le respect de nos grands principes républicains ; sensibiliser l'ensemble des parties prenantes en santé sur les enjeux, l'urgence et le contenu de la refondation ; promouvoir ce programme de refondation auprès des Pouvoirs Publics et des citoyens afin d'en faire une priorité politique à brève échéance.

L'Institut Santé s'appuie sur une intelligence collective composée de **personnalités de renom** du monde de la santé et de la société civile.

COMITÉ D'ORIENTATION STRATÉGIQUE : **Catherine Audard**, Philosophe, London School of Economics, Spécialiste des questions de justice sociale ; **Jean-Marc Ayoubi**, Chef de service de gynécologie-Obstétrique hôpital Foch Professeur à la faculté de médecine de l'UVSQ ; **Perle Bagot**, Hub Institute, Directrice associée ; Spécialistes des nouvelles technologies et des innovations disruptives ; **Evelyne Bersier**, Professeure de Sciences Sanitaires et Sociales, Spécialiste du droit de la santé ESPE AMU (École Supérieure du Professorat et de l'Education) ; **Frédéric Bizard**, Économiste, enseignant à ESCP Europe & Sciences Po Paris ; **Alain Coulomb**, Ancien Président de la Haute Autorité de Santé ; **Alain Deloche**, Professeur émérite Paris V, Chirurgien cardiaque, fondateur de l'association « La Chaîne de l'espoir », co-fondateur de « Médecins du monde » et de MSF ; **Florence de Rohan-Chabot**, Psychiatre, Maison Blanche, Ex Présidente de l'Inter Syndicat national des chefs de clinique et assistants (ISNCCA) ; **René Frydman**, Professeur de gynécologie Obstétrique, spécialiste de la santé de la femme et des questions éthiques ; **Patrizia Paterlini-Bréchet**, Professeure de biologie cellulaire, Université Paris-Descartes, Fondatrice de la société Rarecells ; **Olivier Saint-Lary**, Médecin généraliste, Professeur des Universités, Vice-Président du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) ; **Philippe Sansonetti**, Professeur au Collège de France, Chercheur à l'Institut Pasteur et à l'INSERM ; **David Sourdivé**, Co-Fondateur et Vice-Président de Collectis

BUREAU : **Frédéric Bizard**, Président Fondateur ; **Nathalie Pons-Kerjean**, Praticien Hospitalier, Chef du service de Pharmacie, APHP, Secrétaire Générale ; **Richard Hasselmann**, Président de Libr'Acteurs, Administrateur

Les travaux ont été réalisés avec la participation active des membres du **Comité des Personnalités qualifiées** dont vous retrouverez les noms ici (<https://www.institut-sante.org/le-college-des-personnalites-qualifiees-cpq/>)

Ces travaux ont aussi été rendus possibles grâce à la contribution active des **délégations régionales** qui ont fait remonter des territoires de précieuses informations et qui permettent une présence de l'Institut Santé dans toute la France. Retrouvez les membres sur www.institut-sante.org

WWW.INSTITUT-SANTE.ORG