

REPONSE DE NKM AU BLOC

Le 31 octobre 2016

1. Comptez-vous revenir sur **le tiers payant généralisé** obligatoire et comptez vous **rétablir aux élections professionnelles des médecins libéraux URPS, le collège 2** (anesthésistes, chirurgiens et obstétriciens) supprimé par la loi santé?

Je perçois le tiers payant généralisé avant tout comme une mesure dogmatique destinée à mettre à bas notre système de santé, en particulier l'exercice libéral, pour le remplacer par un nouveau système du type NHS, i.e. un service public de santé national, en grande partie fonctionnarisé. Prétendre généraliser le tiers payant pour supprimer le renoncement aux soins pour raisons financières est une escroquerie intellectuelle quand on connaît les vraies raisons de ce renoncement, largement du au dysfonctionnement de notre système de financement à deux étages que je souhaite réformer. De plus, vouloir installer une forme de « santé gratuite » est incompatible avec le système de santé à la française, dans lequel l'indépendance professionnelle du soignant est un pilier et l'usager doit être un acteur de la maîtrise des dépenses de santé.

J'abrogerai donc la généralisation du tiers payant pour revenir à la situation du tiers payant social, qui est le seul tiers payant qui se justifie dans notre système de santé. Sans participation financière des patients dans le financement des soins courants, on va vers une hausse plus forte des dépenses de santé pour des actes qui ne seront pas forcément pertinents. C'est l'inverse d'une politique de maîtrise des dépenses en privilégiant la qualité des soins à la quantité.

Le tiers payant généralisé est un facteur supplémentaire de désincitation des jeunes médecins pour s'installer. Si le tiers payant généralisé de Mme Touraine est aussi impopulaire chez les médecins, c'est aussi qu'il n'est pas financé et va être source de nouvelles dépenses administratives et de multiples impayés. Or, les médecins libéraux croulent sous la bureaucratie pour laquelle ils passent près de 20% de leur temps. J'ai le sentiment que nous sommes dans un cercle vicieux où la gauche prend des mesures qui découragent à l'installation des jeunes médecins en libéral, de façon à aggraver les déserts médicaux afin de faire porter la responsabilité de cette dégradation de l'accès aux soins sur le dos de l'exercice libéral. La tentative du conventionnement sélectif au PLFSS 2017 en est un exemple.

Pourtant, notre médecine de ville a été la plus efficace au monde au XXème siècle grâce à un exercice libéral qui a permis une bonne répartition sur tout le territoire et qui responsabilisait fortement les médecins. Il faut repenser cet exercice libéral au XXIème siècle à la vue de la nouvelle donne du nouveau monde.

Mon programme comprend des évolutions sur l'ensemble des composantes de notre système de santé pour l'adapter au nouveau monde. En matière d'organisation des soins, nous avons 3 défis : mieux structurer les parcours de soins des patients chroniques, renforcer l'exercice libéral sur tout le territoire et réussir la réforme hospitalière. Parmi plusieurs mesures, je propose d'étendre les prérogatives d'enseignement et de recherche exclusivement confiées aux hôpitaux publics depuis les ordonnances Debré de 1958 à des structures privées ambulatoires, avec la création de centres ambulatoires universitaires. L'objectif est de

valoriser les structures libérales de proximité, leur reconnaître un vrai rôle de formation clinique et permettre aux internes d'y effectuer leur formation clinique. L'exercice libéral sera privilégié, même si elles travailleront en collaboration avec les CHU.

2. Comptez-vous revenir sur les articles 1 et 27 de la loi santé, **créant le droit à la santé et mettant en place les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ?**

J'ai centré ma campagne pour les élections présidentielles de 2017 sur le thème de la nécessité d'adapter notre pays aux changements du monde qui se déroulent sous nos yeux, et ce pour rendre notre société plus forte et plus juste au XXIème siècle. La santé est une formidable illustration de cette nécessité d'adaptation et de transformation de nos modèles pour répondre aux nouveaux enjeux de ce siècle. La loi santé de Marisol Touraine, non seulement ne prépare pas notre système de santé au nouveau monde mais détruit les fondamentaux de notre système de santé. C'est vrai avec le TPG, comme évoqué précédemment, mais aussi avec les articles 1 & 27, auxquels on peut en ajouter d'autres comme ceux sur les données personnelles de santé. La prochaine loi santé reviendra sur une grande partie de la loi santé de 2015, dont les articles 1 et 27.

L'article 1 est emblématique de la volonté d'étatisation de la gouvernance de notre système de santé. En la matière, je ferais remarquer que les étatistes sont aussi largement représentés dans les candidats des primaires à droite. Si l'État doit jouer un rôle de régulateur, dans la définition des grands objectifs de santé publique, il délègue à une démocratie sociale efficace la gestion opérationnelle de notre système de santé. Si ce principe est à rétablir en abrogeant l'article 1, il est tout aussi nécessaire de repenser la démocratie sociale qui ne peut pas être limitée à des partenaires sociaux qui ne représentent ni les soignants ni les la majorité des patients. Une nouvelle démocratie sociale, intégrant mieux les soignants et les usagers en leur donnant un rôle décisionnaire et non simplement consultatif, est à mettre en place. Les agences régionales de santé doivent être plus autonomes de l'administration centrale et se contenter de réguler le système et non de le suradministrer.

3. Comment comptez-vous régler l'accès aux données de santé et les **inacceptables atteintes au secret médical ?**

Voici un sujet qui montre que l'Etat doit jouer son rôle de régulateur en fixant des principes forts et en établissant des règles de jeu qui protègent les citoyens. La numérisation des données de santé personnelles est d'abord une grande opportunité pour améliorer l'efficacité de notre système de santé et pour donner une plus grande autonomie aux usagers dans la gestion de leur capital santé. L'accès à tout instant des professionnels de santé autorisés à l'information médicale des patients est un progrès médical et économique qui tarde à devenir réalité en France, de même que l'accès à ses données pour le patient avec le fiasco du DMP.

La numérisation des données de santé est aussi porteuse de risques majeurs sur le plan de la sécurité des données, du maintien du secret médical et de la solidarité de notre système de santé. La loi santé 2015 laisse la porte ouverte à toutes les dérives. Il faut renforcer la législation sur le droit d'accès aux données de santé personnelles par certains soignants à l'aune des nouvelles pratiques médicales afin de renforcer le secret médical, qui ne doit pas

être affaibli mais renforcé par le numérique. Les organismes d'assurance privés ne doivent pas avoir accès aux données personnelles, sans quoi nous allons vers une sélection du risque qui signera la mort du principe de solidarité. L'accès aux données de santé des plateformes de réseaux de soins via les devis des patients est un exemple des dérives inadmissibles à corriger rapidement.

4. **concernant les contrats complémentaires santé dits « responsables »** : allez-vous revoir le décret de novembre 2014 qui régit les conditions de remboursement (plancher et plafond) pénalisant aujourd'hui l'accès financier aux soins de spécialistes pour nos concitoyens ?

Ce décret est apparemment la mesure la plus absurde qu'une Ministre de la santé pouvait prendre en matière d'accès aux soins. En réalité, elle illustre ce que je mentionnais précédemment la politique de démantèlement des composantes de notre modèle historique, en l'occurrence ici l'exercice libéral. Le plafonnement des remboursements des consultations médicales par les OCAM vise à désolvabiliser la classe moyenne pour l'accès aux consultations des spécialistes en ville, afin de décrédibiliser l'exercice libéral. Il ne faut pas simplement abroger ce décret mais réformer en profondeur notre système de financement.

Mon programme santé comprend une réforme structurelle de refondation de notre système de financement de la santé qui consiste à repenser les rôles respectifs de l'assurance maladie et des assureurs privés. Le système actuel est illisible pour les usagers, coûteux administrativement et porteur d'inégalités pour la partie complémentaire. Je propose de sortir du système actuel à 2 étages pour chaque prestation et de n'avoir qu'un seul financeur par prestations de santé. Cela nécessite d'aller au bout de la division verticale entre les paniers de soins publics et privés. Cette division a déjà été effectuée par défaut avec l'assurance maladie centrée le gros risque (dont l'hôpital et les affections de longue durée) mais elle n'a pas été structurée.

Le nouveau système doit remplir trois objectifs : assurer une bonne couverture du risque (inciter au maintien en bonne santé et garantir l'accès pour tous à des soins de qualité), maîtriser les dépenses de santé et assurer une redistribution. Je propose une régulation du financement privé pour garantir une égalité d'accès aux soins financés par celui-ci. Je prévois l'établissement d'un contrat homogène standard souscrit par l'ensemble des Français à titre individuel mais dont les garanties seront définies par le Parlement chaque année au sein du Projet de loi de financement de la sécurité sociale voté à l'automne chaque année. La mise en concurrence des assureurs privés permettra d'optimiser les primes et les services associés à ce contrat. La mutualisation sur l'ensemble de la population optimisera sa valeur assurantielle. Les systèmes d'aides sociales (CMU-C, ACS) existants seront conservés pour les plus modestes. Ensuite, une agence de régulation de l'assurance privée en santé sera créée pour protéger les droits des assurés et veiller à l'absence de sélection des risques, qui conduirait à la mort de l'assurance santé. Dans l'ère des données numériques en santé, une telle agence est indispensable.

Les organismes d'assurance privés doivent avoir un rôle dans la gestion du risque centré sur la prévention, avec le développement de la e-santé notamment et l'amélioration de l'éducation santé en entreprise et sur les différents lieux de vie des individus. Concernant les soins et la

régulation des professionnels de santé, seul l'assureur public solidaire (l'Assureur maladie) peut avoir un rôle d'action, sans quoi nous allons vers une américanisation de notre système de santé à laquelle je suis opposé et que le Gouvernement actuel a largement favorisé avec la loi Le Roux sur les réseaux de soins (2013) par exemple.

5. **Réseaux de soins conventionnés** : allez-vous supprimer la possibilité pour les organismes d'assurance privés de pratiquer un remboursement différencié entre les professionnels de santé, ce qui est incompatible avec la liberté de choix des patients et l'indépendance professionnelle des soignants ?

Encore une fois, les organismes d'assurance privés, comme les plateformes de réseaux de soins qui sont leurs filiales, n'ont pas à intervenir dans la gouvernance des soins. J'interdirai la possibilité pour les trois familles d'OAP d'interférer dans la gouvernance des professionnels de santé. Pour cela, j'abrogerai le remboursement différencié pour tout professionnel de santé.

Les OAP ont une place dans le financement de notre système de santé mais ils doivent être mieux régulés et leur rôle dans la gestion du risque est à limiter à la prévention. Pour reconstruire le système de santé de demain, je m'appuierai sur des principes historiques qui doivent perdurer et même être renforcés : la liberté de choix des patients, l'indépendance professionnelle des soignants, une assurance maladie solidaire, un exercice libéral de la médecine en ville et une offre mixte publique et privée à l'hôpital. Dans un tel projet, les réseaux de soins qui représentent une américanisation de notre système de santé n'ont pas leur place.