



**CONTRIBUTION DE
L'UDI AU SÉCUR
DE LA SANTÉ
POUR UN CHOC DE
DÉCENTRALISATION !**

udi★

SOMMAIRE

Dans le cadre du “Ségur” de la Santé, le Gouvernement a initié une consultation auprès des acteurs du monde de la santé. Dans ce cadre, et dans la mesure où les partis politiques concourent au débat public, l’UDI a souhaité apporter sa contribution.

Nous défendons des axes indispensables à une réforme globale de notre système de soins et proposons des solutions fortes et concrètes pour bâtir un système de soins plus efficient, plus solidaire et plus à l’écoute de ses professionnels, des usagers et des territoires, tout en maintenant les dépenses de santé à leur niveau actuel.

00**Synthèse**

p.5

01**Une réforme qui porte sur le système de santé dans son ensemble et à budget constant**

p.9

02**Gouvernance : une vraie décentralisation**

p.13

03**Des soignants et des médecins revalorisés, en contrepartie d’efforts consentis pour une plus grande efficience**

p.22

04**Un plan de lutte contre les dépenses inutiles**

p.37

05**En finir avec le modèle actuel du tout hôpital public**

p.45

SYNTHÈSE

En 2 mots ...

Bureaucratisation du temps médical imposé par l'Etat central, centralisation des médecins et des hôpitaux dans quelques zones du pays, hypertrophie de la sphère administrative, mauvaise répartition des budgets dans les territoires : la crise sanitaire du Covid-19 a démontré au grand jour ce que l'UDI dénonce depuis des années, le désastre de gestion ultra-centralisée de la Santé.

L'heure n'est plus à mettre un cautère sur une jambe de bois. L'UDI – le parti des territoires – propose une réforme de la Santé massive : nous voulons faire le pari des libertés locales en décentralisant massivement l'ensemble du système.

Décentraliser la Gouvernance : le mythe d'une gestion centralisée n'a pas permis de garantir l'égalité territoriale de l'offre de soins. La France doit prendre exemple sur les modèles allemand ou scandinave et décentraliser totalement la gestion de notre système de santé à de nouveaux Offices Régionaux Médicaux et Sociaux (ORMS), pilotés par les Régions et les Départements, pour instaurer une vraie démocratie sanitaire.

Décentraliser l'offre de soins : des médecins mieux répartis sur le territoire en fonction des besoins des français grâce aux quotas d'installation médicale; un budget santé régionalisé, l'ORDAM, qui permettra de rééquilibrer automatiquement sur le territoire national l'offre de soins de ville, l'hospitalisation publique et privé et le secteur médico social.

Faire confiance aux soignants en leur rendant le pouvoir de décision au quotidien, ce que nous appelons la décentralisation du quotidien : nous proposons un choc de débureaucratisation du temps médical avec moins de paperasserie administrative et de normes imposées au quotidien; plus de liberté et d'agilité sur le terrain avec l'ouverture de missions de service public au privé et la transformation d'hôpitaux en établissements privés à but non-lucratif.

I On ne sauvera pas la Santé à coup de milliards !

La promesse de nouveaux moyens budgétaires pour la Santé ne pansera pas les plaies de notre système de soins : les modèles les plus efficaces ne sont pas les plus coûteux mais les mieux organisés.

Un seul exemple pour le prouver : nous consacrons 11,2% du PIB à notre santé, soit plus que tous les pays de l'OCDE (à l'exception des Etats-Unis qui sont tout sauf un modèle !)

Nous avons la Santé la plus chère et les soignants les plus mal payés ! Nous défendons donc une revalorisation très nette de la rémunération des personnels de santé, grâce à un "ONDAM" de la rémunération des soignants voté au Parlement. Cette augmentation doit s'accompagner de réformes plus structurelles pour qu'elle se fasse à «budget constant», en dégagant des sources d'économies.

I Aller vers une gouvernance fédérée de la Santé, en remplaçant les ARS par des Offices Régionaux Médicaux et Sociaux (ORMS) pilotés par la Région et les départements

Le fonctionnement des ARS marque l'échec de la déconcentration et appelle à une vraie décentralisation de la Santé, sur le modèle scandinave ou allemand, qui sera beaucoup plus agile et efficace et donc moins coûteux.

L'Etat doit se recentrer sur ses missions stratégiques (ex : définition du prix du médicament) et doit enfin assurer l'égalité entre les territoires en définissant un "ORDAM", un budget régional de la Santé attribué aux Régions en fonction de la population et de son état de santé.

Les futures ORMS, pilotées par les Régions et les départements, auront la liberté de gérer ce budget et de répartir les moyens intelligemment sur leurs territoires, en cherchant un équilibre entre hospitalisation publique, privée, la médecine de ville et les services médico-sociaux, avec pour finalité de désengorger les urgences et d'en finir avec les déserts médicaux.

I La lutte contre le “gaspillage bureaucratique”

La bureaucratisation du temps médical & paramédicale et l'excès de tâches et de personnels administratifs dans les établissements de Santé est une source de dépenses inutiles importantes et donc d'économies potentielles. Le temps que le médecin consacre à la bureaucratie, c'est du temps humain et de l'échange en moins.

Nous présentons dans notre contribution 10 mesures immédiates pour un choc de débureaucratisation concret et immédiat à l'hôpital et pour la médecine de ville.

Nous proposons un “ratio de soignants par patient” dans chaque spécialité hospitalière, ce qui faciliterait l'installation d'une annualisation du temps de travail avec une adéquation entre le nombre de soignants et la charge de travail, améliorant considérablement la qualité de vie au travail des soignants.

Un “Panier de soins” remboursé à 100% par la Sécu et recentré sur l'essentiel pour lutter contre les dépenses inutiles

La cohabitation kafkaïenne entre “sécu” et “complémentaires” coûte cher au contribuable et complexifie l'accès aux soins pour les citoyens.

Nous proposons un système simplifié où le citoyen français n'aura plus à déboursier un euro pour les soins essentiels : en supprimant totalement le ticket modérateur et les remboursements complémentaires, l'Assurance Maladie Obligatoire prendra en charge intégralement un panier de soins défini par l'Etat dont l'efficacité pour la santé individuelle et pour la population générale est démontrée.

Faciliter la conversion d'hôpitaux publics en établissements privés à but non-lucratif

Nous proposons de mettre en place une véritable convergence entre établissements publics et privés, d'ouvrir les missions de service public aux hôpitaux privés en contrepartie d'un accès à tous les Français, ainsi qu'un plan d'accélération de la conversion de certains hôpitaux publics en établissements privés à but non lucratif.

Les établissements privés à but non lucratif disposent de fortes marges de manœuvre pour baisser les surcoûts de la lourdeur du modèle administré de l'hôpital public. Ces établissements permettent notamment une forte souplesse sur le temps de travail mais aussi sur l'organisation du travail dans la journée : le personnel peut facilement passer d'un service à l'autre sans se heurter aux rigidités de l'hôpital public où les services de gériatrie sont débordés quand ceux de pédiatrie sont disponibles et vice-versa !

01

UNE RÉFORME QUI PORTE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DANS SON ENSEMBLE ET À BUDGET CONSTANT



La crise consécutive à la première vague de Covid-19 a mis en lumière l'extraordinaire force de nos soignants et de nos personnels hospitaliers. Dans la tourmente, ils ont su s'organiser et répondre au mieux à des difficultés extrêmes malgré les circulaires incessantes et contradictoires émanant des Ministères et relayées par les ARS. Secteur privé et secteur public, ville et hôpital, ont tous su collaborer pour prendre en charge nos concitoyens.

Malgré ces efforts, cette crise aura permis une prise de conscience collective des faiblesses de notre système de santé, amenant de nombreux Français à relativiser cette croyance collective nous attribuant l'un des systèmes les plus enviés de la planète.

Dans le cadre de notre projet de Gouvernement pour les élections législatives 2017, nous avons alerté sur la dégradation très nette de l'efficacité de notre système de santé. Selon l'Euro Health Consumer Index, qui classe les systèmes de santé des pays européens, la France recule depuis 2005 dans le classement pour arriver à la onzième place en 2018. Nous sommes en quinzième position parmi les pays de l'OCDE pour l'espérance de vie des hommes. La mortalité par cancer du poumon chez la femme a doublé en 25 ans et la progression de l'obésité chez les adultes est parmi les plus rapides dans les pays de l'OCDE. Dans son panorama de la santé 2015, l'OCDE classait la France en treizième position sur les trente-et-un pays évalués pour le taux de mortalité par accidents vasculaires cérébrales; en dix-septième position sur trente-deux pays pour la mortalité par crise cardiaque et en neuvième position sur vingt-quatre pays pour la survie à cinq ans des cancers du sein chez la femme.

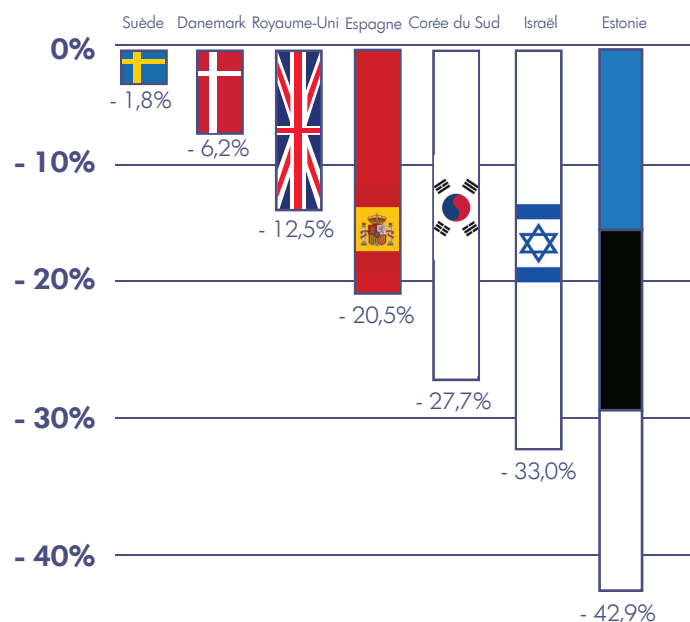
Depuis le début du siècle, aucun gouvernement n'a entrepris de sérieuse réforme de notre système de soins. La stratégie "Ma Santé 2022" du gouvernement actuel a exploité les mêmes rustines alors que d'autres pays européens ont mis en place des réformes d'envergure et efficaces depuis longtemps. Dès 2004, l'Allemagne a mis en place le "panier de soins" remboursable, sans aucun reste à charge pour le citoyen mais avec une liste de soins remboursables recentrée sur l'essentiel. Surtout, dès 1992, les hôpitaux fortement déficitaires et mal gérés ont été transformés en établissements privés à but non lucratif !

L'idée qu'il suffirait de réajuster un simple curseur budgétaire en faveur de l'hôpital public pour soigner les maux de notre système de soins est profondément enracinée dans les médias et dans l'opinion publique. Nous voulons relativiser très largement cette idée reçue : les problèmes de l'hôpital ne se régleront pas à coup de milliards et les promesses de nouveaux moyens budgétaires ne panseront pas les plaies de notre système de soins.

Les réussites de bon nombre de pays occidentaux étalées dans la presse internationale pendant la crise du Covid-19 doivent servir d'électrochoc : l'argent magique n'est pas un remède miracle et ce n'est pas parce qu'un système de santé absorbe une part plus importante de la richesse nationale qu'il traite mieux ses soignants et les patients.

Notre système de soins suscite d'ailleurs une insatisfaction massive des soignants insuffisamment rémunérés, alors même que le pays y consacre une part toujours plus élevée de sa richesse nationale : nous consacrons 11,2% du PIB à notre santé, soit bien plus que l'ensemble des pays de l'OCDE, à l'exception des Etats-Unis d'Amérique dont le modèle de santé est loin d'être perçu comme un modèle enviable sur le vieux continent. Israël dépense un tiers de moins pour sa santé ... alors que les infirmiers y gagnent 60% de plus que le salaire moyen !

Écart entre les dépenses de santé françaises (par rapport au PIB) et les autres pays de l'OCDE



Source :

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales

La réforme de notre système de santé devra donc se faire à budget constant au vu de l'effondrement de l'activité économique et de la dette abyssale que notre pays est en train de creuser.

Nous subissons une chute de l'activité économique sans précédent dans l'Histoire moderne et la Sécurité Sociale va léguer 40 milliards d'euros supplémentaires de dette à nos enfants cette année. Nous n'avons pas non plus la possibilité d'actionner le levier de la fiscalité dans le pays recordman d'Europe des prélèvements obligatoires.

Le projet de réforme que nous portons dans ce rapport repose sur l'idée qu'on ne sauvera pas l'hôpital public à coup de milliards. Toutefois, cette réforme doit permettre une revalorisation très nette de la rémunération des personnels de santé sans augmentation des dépenses globales de santé : elle doit donc afficher et cibler clairement des sources d'économie. C'est tout l'objet de notre contribution au Ségur de la Santé.

02

**GOUVERNANCE :
UNE VRAIE
DÉCENTRALISATION**

Notre constat : la centralisation empêche tout pilotage du système de Santé

La réforme de la gouvernance du système de santé français est un préalable à toute remise en marche de notre système de soins, qui souffre de plusieurs maux.

Premièrement, elle est aujourd'hui profondément cloisonnée entre la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Nous dénonçons ce pilotage en tuyau d'orgue au niveau du Ministère de la Santé avec d'une part la Direction Générale de l'Offre de soins (DGOS) qui, malgré son intitulé, ne pilote que les hôpitaux, d'autre part la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), tutelle de l'assurance maladie qui gère la médecine de ville ainsi que la Direction Générale de la cohésion Sociale (DGCS) qui pilote l'action sociale. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), est construit chaque année avec un budget pour l'hôpital préparé par la DGOS et un budget pour les soins de ville préparé par la DSS en lien étroit avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Parallèlement, un ONDAM médico-social est préparé par la DGCS et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (elle-même sous pilotage de la DSS). Ce millefeuille budgétaire doit évoluer pour faciliter la fluidité entre les différents secteurs.

L'organisation des soins et leur financement en France est excessivement centralisée vers l'hospitalisation.

La France consacre 1 229€ par habitant et par an à l'hôpital contre 819€ en Allemagne. Faute d'organisation du système de soins primaires et de moyens suffisants, l'hôpital est contraint d'assurer les missions délaissées par le secteur ambulatoire, dont la continuité des soins de premier recours. Cette concentration des soins à l'hôpital ne fait qu'empire : il y a eu plus de 21 millions de passages aux urgences en 2018, contre 18 millions en 2013 et 10 millions seulement en 1996, alors que le nombre de situations graves et d'urgences vitales n'a pas augmenté sensiblement. Cette centralisation des soins à l'hôpital induit des dépenses supplémentaires : le passage aux urgences hospitalières s'élève à un montant moyen de 223€, contre seulement 48€ si le patient est vu par un généraliste d'après le rapport «urgences médicales» de la Cour des Comptes.

Cette "centralisation vers les urgences" est aussi le résultat de politiques de rationalisation trop technocratiques et déconnectées des territoires. Comme la France détenait le record d'Europe du nombre de petits établissements avec moins de 100 lits d'hôpitaux, leur fermeture était donc nécessaire et nous l'avons préconisé dès 2017. Toutefois, elle devait s'accompagner de leur reconversion en centres de santé, véritables lieux de dépistage, de diagnostic et de suivi, bref, de véritables hôpitaux dits de proximité ou hôpitaux gériatriques capables de désengorger les services d'urgences. Force est de constater que leur mise en place n'est toujours pas effective. Au lieu de cela, la fermeture des petits hôpitaux pour les regrouper dans des structures moyennes a aggravé la situation en affaiblissant notre maillage territorial, sans pour autant réduire les coûts de notre système de santé : en effet, le nombre de plateaux techniques lourds, nécessitant des équipements et des équipes spécialisées (exemple : transplantation hépatique) n'a pas diminué alors qu'ils auraient pu être rassemblés. Un pilotage de la Santé au niveau régional et territorial comme nous le défendons permettrait d'éviter ce type d'erreurs.

De très nombreux organismes qui entourent le Ministère de la santé n'ont pas de missions suffisamment clarifiées.

Agences sanitaires, Haute Autorité de Santé, Haut Conseil de la santé publique, délégations interministérielles, comités de tout type etc ... Certains doivent être supprimés. Par ailleurs, aujourd'hui, chacune de nos agences sanitaires a son propre portail d'information à destination des patients et/ou des professionnels, auxquels s'ajoute celui de l'Assurance maladie et parfois des assurances complémentaires qui éditent leurs propres référentiels et recommandations plutôt que de se focaliser sur leur rôle de gestionnaire. Cette organisation est largement sous-optimale en comparaison avec la création d'un réel « conseil en santé » à l'image de la NHS Britannique ou de Santé Canada.

Le fonctionnement des ARS marque l'échec de la déconcentration et appelle à une vraie décentralisation de la Santé.

Les ARS sont une simple déconcentration de l'Etat central : *"c'est un service déconcentré de l'Etat sans autonomie ni pouvoir"* comme l'explique très bien le sénateur UDI du Haut-Rhin Jean-Marie Bockel. *"Les ARS s'apparentent en réalité à une simple superstructure bureaucratique chargée de réguler l'ONDAM"* abonde Olivier Henno, sénateur du Nord et secrétaire général de l'UDI.

Cette gouvernance centralisée de notre système de santé ne va pas de soi : on rappellera d'ailleurs en clin d'oeil historique que la Révolution française jacobine a placé à deux reprises les hôpitaux et les hospices sous la tutelle... des communes ! Imposer une centralisation indépassable de la Gouvernance du système de soins au nom du principe d'égalité dans l'accès aux soins garanti par le préambule de 1946 est évidemment un sophisme contre lequel nous devons nous prémunir. Au Danemark, ce sont même les 98 communes qui pilotent le système de santé : les municipalités gèrent directement un certain nombre de compétences (personnes âgées, personnes handicapées, malades mentaux) et se regroupent volontairement dans des structures intermédiaires, au nombre de quatorze, chargées de gérer directement les hôpitaux et les centres de soins primaires. En Finlande, la gestion des services de santé est totalement décentralisée au niveau des 448 municipalités ! Les länders allemands ont géré leur système de santé avec un certain succès pendant le Covid-19.

Cette crise a en réalité montré une chose très claire : les ARS qui ont surmonté cette crise avec succès sont celles qui se sont partiellement affranchies de l'Etat central, comme celles de l'Ile-de-France, de Rhône-Alpes ou de PACA. Elles ne se sont pas contentées d'appliquer simplement des circulaires contradictoires venues du Ministère de la Santé mais ont fait preuve d'une réelle autonomie et liberté pour associer la médecine de ville, les hôpitaux, les établissements médico-sociaux.

La déconcentration actuelle ne fonctionne pas car les ARS n'ont jamais été chargées de piloter un véritable budget régionalisé englobant tout notre système de santé, ce qui a accru le cloisonnement entre les soins de ville, et l'hôpital, entre le secteur de soins et le secteur social : le pilotage des dépenses de santé reste profondément centralisé et éclaté. L'Etat impose le niveau et l'allocation des dépenses de santé publique, des dépenses de soins de ville, des dépenses des établissements publics, des versements aux services et établissements médico-sociaux, sans aucune possibilité réelle de fongibilité. Les ARS n'ont ainsi aucun rôle de gestionnaire et de pilotage du secteur ambulatoire, mission confiée à l'Assurance Maladie. *"L'une des conséquences de cette procédure segmentée de régulation est de donner une vision cloisonnée des gains d'optimisation possibles alors qu'une dépense consentie dans un segment du système peut conduire à des économies dans un autre segment"* note le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

La déconcentration actuelle est par ailleurs profondément inégale car ces budgets n'intègrent pas les indicateurs de santé publique propres à chaque territoire : les écarts gigantesques d'espérance de vie dans notre pays en sont le symbole.

Pour remédier à cette centralisation excessive et inefficace, l'UDI, dès le début du siècle, avait mis sur la table la nécessité de décentraliser pleinement notre système de soins : en 2000, Jean-Luc Prével, Jean-Louis Borloo et André Santini avaient porté une proposition de loi relative à la régionalisation du système de santé.

"Plusieurs arguments plaident en faveur de la régionalisation du système de santé. La régionalisation rendra possible une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population. Il s'agira de mettre en oeuvre une politique de santé de proximité en responsabilisant les différents acteurs. La régionalisation facilitera la mise en place d'un système de santé plus souple et plus transversal. Actuellement, le système de soins français est très cloisonné, sans réelle passerelle entre la médecine de ville à l'hôpital, entre généralistes et spécialistes, secteur public et secteur privé... Ce cloisonnement n'a plus lieu d'être, dans la mesure où l'offre de soins a évolué dans le sens d'une approche globale du patient. Par exemple, la prise en charge des pathologies liées au vieillissement de la population ne peut se faire que dans le cadre d'une médecine unifiée, où les distinctions hôpital-médecine de ville-secteur médico-social n'ont plus de réelle pertinence" expliquaient alors les députés co-signataires de cette initiative parlementaire.

Nos propositions pour une vraie gouvernance fédérée de la Santé

Nous proposons de simplifier la gouvernance nationale avec un Ministère de la santé qui soit simplement mais pleinement en charge des orientations stratégiques et garant de leur mise en œuvre.

Le Ministère de la Santé retrouvera sa mission de stratégie et régulateur du système :

- **Définition pluriannuelle de la stratégie**
- **Missions de régulation** garantissant une égalité dans l'accès aux soins : définit le prix des actes, le futur panier de soins et le prix du médicament
- **Missions de contrôle**
- **Missions budgétaires** : vote de l'ORDAM, nouveau budget régionalisé de la Santé (cf. ci-dessous) et définit le niveau des montants alloués à chaque région, en fonction de critères sanitaires et démographiques objectifs votés par le Parlement
- **Pilotage des agences sanitaires restantes**
- **Pilotage d'une véritable révolution digitale**

- **Gestion d'un portail d'information unique.** Le portail gouvernemental d'information du public tarde à voir le jour. Ce portail, associant l'ensemble des informations disponibles auprès des agences sanitaires, de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie, devrait permettre à chaque citoyen de trouver les informations nécessaires pour prendre en charge sa santé mais aussi les informations nécessaires sur l'offre de soins dans son territoire et sur les résultats qualitatifs de ces structures.
- **La gestion d'un numéro et d'une application unique d'urgence** pour centraliser les appels d'urgence aujourd'hui éclatés entre le samu, la police, la gendarmerie et les pompiers. La nécessaire télé-consultation préalable à l'accueil aux urgences serait à terme possible grâce à ce système.

Nous proposons de créer des Offices Régionaux, Médicaux, et Sociaux (ORMS) véritablement décentralisés en lieu et place des ARS. Les ORMS seront pilotés par un conseil d'administration avec une très forte représentation des régions et des départements et dont le présidence sera confié à l'un d'entre eux. A charge de ces ORMS de simplifier le mille-feuille administratif dans les territoires.

L'Etat confiera à chaque ORMS un budget annuel régionalisé, l'ORDAM, en tenant compte d'indicateurs clairs et objectifs de santé publique *(exemple : espérance de vie nombre de personnes âgées, nombre de diabétiques, nombre de personnes en hypertension).* **Avec ce budget, les ORMS deviendront l'autorité de tutelle et de pilotage de l'ensemble du système de santé :**

- Définition de la carte hospitalière (nombre de lits, de sites, organisation des spécialités).
- La gestion de la médecine de ville
- La santé au travail, en fusionnant l'Aract, les Carsat et les agences régionales de l'OPBTP
- La responsabilité de la médecine scolaire afin de favoriser son interaction avec la médecine de ville et l'hôpital sur un territoire.
- La prévention

- Un nouveau pôle médico-social unifié, co-géré avec les départements, qui absorbera les Caisses d'Allocation Familiales¹ et les missions de la Direction Générale de la cohésion Sociale
- Les réserves stratégiques, en fonction des directives de l'Etat qui décidera des stocks qui doivent être gérés au niveau national et ceux qui doivent être gérés au niveau régional et territorial (équipements de protection individuelle, respirateurs, seringues-électriques, pompe de nutrition, scopes, etc...) et de médicaments de base de la réanimation (hypnotiques, curares en particulier).
- Autonomie et indépendance dans la gestion des risques sanitaires environnementaux et industriels

Nous proposons de mettre fin au cloisonnement budgétaire existant entre médecine de ville, hôpital et médico-social grâce à notre véritable budget régional, l'« ORDAM », tenant compte des spécificités démographiques et de l'état de santé de la population dans chaque territoire.

Ce budget fléché aux régions selon des caractéristiques démographiques permettrait de tenir compte de certaines distorsions : oui, il y a des territoires où nous avons supprimé trop de budget par rapport à l'état démographique de la population ! Cet ORDAM permettra aussi de réguler automatiquement le nombre de personnels de santé et l'offre de soins dans chaque région et territoire en mettant fin à la surconsommation médicale dans certaines régions et à la sous-implantation des personnels de santé dans d'autres.

En revanche, une fois que l'ORDAM sera défini nationalement, nous proposons que la décentralisation de l'action publique soit enfin effective. Dans ce cadre, sur le modèle allemand où le système de santé est confié aux Länder, nous proposons d'aller au bout de la logique de décentralisation et de ne pas se limiter à une simple déconcentration sur le modèle des ARS actuelles.

¹ L'UDI défend de longue date une décentralisation pure et simple des CAF. Comme le note Olivier Richefou, président UDI du Conseil départemental de la Mayenne et Secrétaire général adjoint au Projet : "alors qu'une part non négligeable de l'action de la CAF consiste en l'attribution et le versement des prestations sociales, celle du département est principalement fondée sur l'accompagnement des personnes et des familles afin qu'elles retrouvent ou développent leur autonomie. Mais chacune des institutions intervient dans l'autre domaine par l'intermédiaire d'aides ou d'actions complémentaires."

Ces ORMS auront l'agilité suffisante pour expérimenter des solutions nouvelles qui amélioreront notre système de santé dans son ensemble. A titre d'exemple, les ORMS pourront plus facilement mailler leur territoire de centres capables d'assurer les premiers secours, grâce à une implication plus forte sur le terrain des professionnels de santé et des élus locaux.. Elles pourront aussi tenir compte des spécificités régionales en matière de prévention, en fonction de leurs caractéristiques propres (exemple : forte fréquence d'obésité). En matière de médecine de ville, elles pourront enfin mettre en oeuvre la fixation de quotas d'installation médicale par spécialité (cf. partie 3) ou la possibilité de créer une astreinte obligatoire à des gardes de secteurs pour les médecins de ville², ou encore l'accélération des regroupements des médecins en Pôles de santé pluridisciplinaires grâce à une bonification du système de tarification.

² *La mise en place et surtout le financement effectif de garde de secteur pour les médecins de ville permettraient d'imposer progressivement une consultation préalable aux passages aux urgences, hors urgences vitales.*

03

**DES SOIGNANTS
ET DES MÉDECINS
REVALORISÉS, EN
CONTREPARTIE
D'EFFORTS
CONSENTIS POUR
UNE PLUS GRANDE
EFFICIENCE**

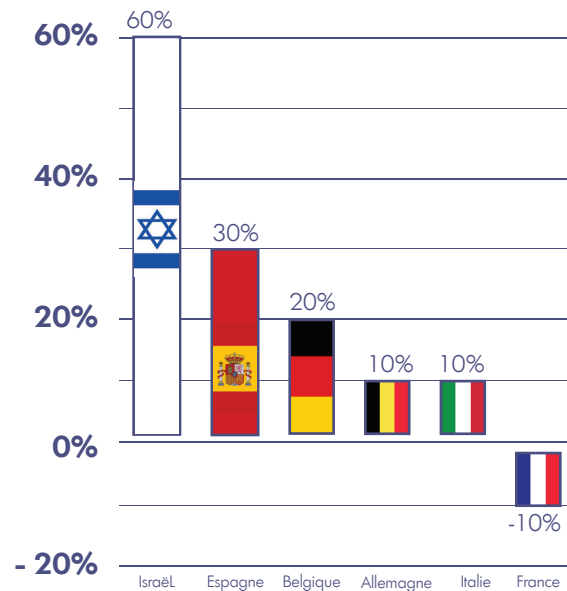


**Notre constat :
des soignants
mal rémunérés,
paralysés par la
bureaucratie, et
mal répartis sur
le territoire**

L'insuffisante rémunération des personnels soignants fait désormais consensus en France, et nous nous en réjouissons.

La situation des infirmiers cristallise tout particulièrement les tensions en la matière puisque notre pays occupe la 28ème place de l'OCDE : nous sommes l'un des rares pays où la rémunération des infirmiers est inférieure au salaire moyen !

■ Rémunération des infirmiers à l'hôpital par rapport au salaire moyen



La fiscalité excessive aggrave les écarts de rémunération entre les soignants français et leurs homologues

Il faut bien noter que ces statistiques sur l'écart de rémunération se basent sur la rémunération brute et non sur le salaire réel total qui englobe les cotisations patronales : or, en France, c'est le niveau très élevé des prélèvements obligatoires assis sur le travail qui aggrave l'écart de rémunération entre deux infirmiers issus de pays différents. Le taux de cotisations des fonctionnaires hospitaliers est l'un des plus élevés en France, avec 36,8% de taux de cotisation apparent d'après le Conseil d'Orientation des Retraites.

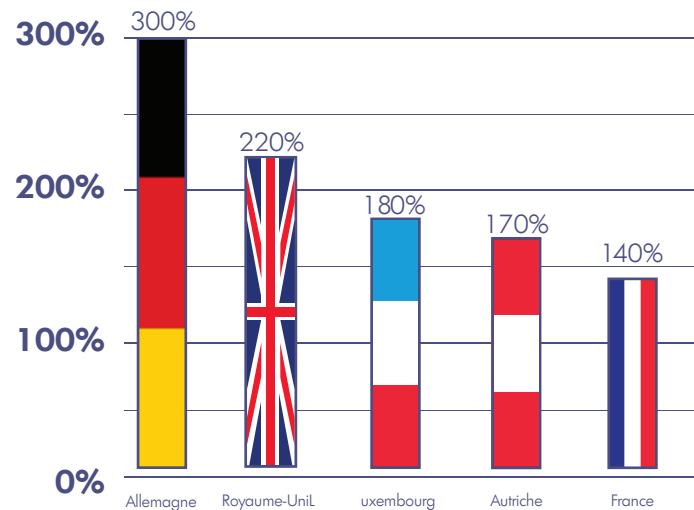
Penser qu'il suffirait d'aligner les milliards pour régler les maux de l'hôpital serait une idée fausse pour nos personnels soignants.... puisque la faiblesse du salaire net perçu sur le compte en banque est aussi le reflet d'un taux de prélèvement excessif !

Les prélèvements obligatoires français aggravent nettement les inégalités de rémunération dès que l'on s'intéresse au salaire réel : creuser la dette pour sauver l'hôpital ne fera qu'empirer cette situation dont pâtissent les soignants.

Les fermetures de lits d'hospitalisation tant décriées procèdent d'ailleurs bien souvent d'une insuffisance du nombre de personnels paramédicaux dans les établissements de santé et d'une importante vacance des postes, aggravée par l'insuffisante attractivité financière des métiers.

Cette rémunération insuffisante n'est pas propre à une seule profession, mais concerne l'ensemble du milieu médical et para-médical : contrairement aux idées reçues, la rémunération moyenne des professionnels de santé est relativement faible, en particulier pour les médecins généralistes. Le tarif d'une consultation de médecin généraliste de secteur 1 est très largement inférieur aux tarifs pratiqués par nos voisins : les Allemands paient une consultation 75 euros et les Portugais 40 euros. Au-delà de la colère liée à une rémunération insuffisante, le taux de burn out et de suicides augmente chez les médecins en lien avec les conditions de travail.

Rémunération des médecins généralistes par rapport au salaire moyen



Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015

Cette rémunération insuffisante a cristallisé les tensions au sein de notre système de santé, aggravant la perte de confiance entre professionnels de santé et le gouvernement, freinant ainsi toute évolution du système.

Surtout, depuis quelques années, nous assistons à une baisse du nombre d'étudiants s'inscrivant dans des filières de santé alors que nous avons de plus en plus recours à des personnels formés à l'étranger avec un niveau d'exigence inférieur à celui de la France. Dans certains départements, le nombre de candidats en Institut de Formation des Aides-Soignants ou Institut de formation en soins infirmiers est inférieur aux capacités d'accueil !

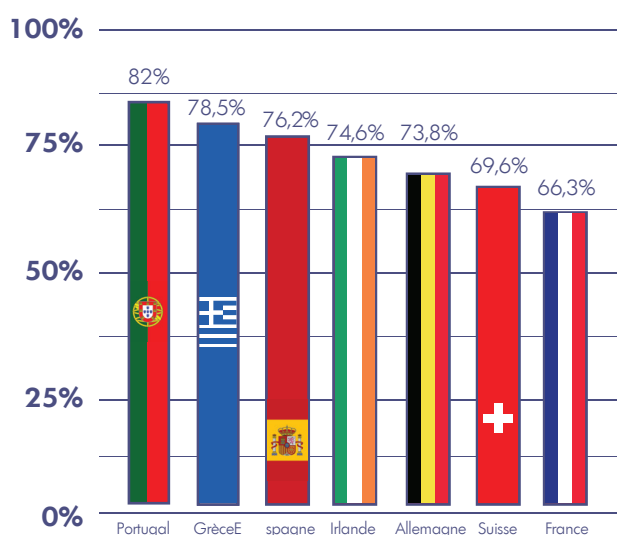
Si la France décroche une palme d'or européenne des dépenses de santé pourtant totalement décorrélée de l'appréciation que portent les soignants sur leur propre rémunération, c'est parce que notre système génère de nombreux surcoûts administratifs et bureaucratiques, qui prennent trois formes : la bureaucratisation du temps médical et paramédical, un excès de dépenses administratives au sommet et de trop nombreux emplois administratifs dans les hôpitaux.

Premièrement, nous dénonçons la bureaucratisation du temps médical et un excès de tâches administratives confiées aux personnels de santé : il n'est pas de professionnel de santé, dans le secteur public ou privé qui ne se plaigne du temps passé à des tâches administratives au détriment de celui consacré à leurs patients. D'après une étude de la DSI du CHRU de Nancy, les tâches administratives occupaient jusqu'à 30% du temps de travail des médecins de l'établissement ! Les médecins et les soignants en général sont contraint de répondre en permanence à des questionnaires, enquêtes, recueil en tout genre, particulièrement fastidieux et chronophages. D'après une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la Santé, le temps hebdomadaire moyen consacré par un médecin généraliste aux activités administratives est de 9% en moyenne.

Deuxièmement, au sein même de la Gouvernance de notre système de santé, les dépenses administratives sont très largement excessives : les dépenses de Sécurité sociale et d'assurances privées par habitant en France sont supérieures de 13% à celles de l'Allemagne (*source : Santé, les 5 atouts à copier du système allemand, IFRAP*). La refonte de la Gouvernance de Santé que nous proposons doit permettre d'y remédier.

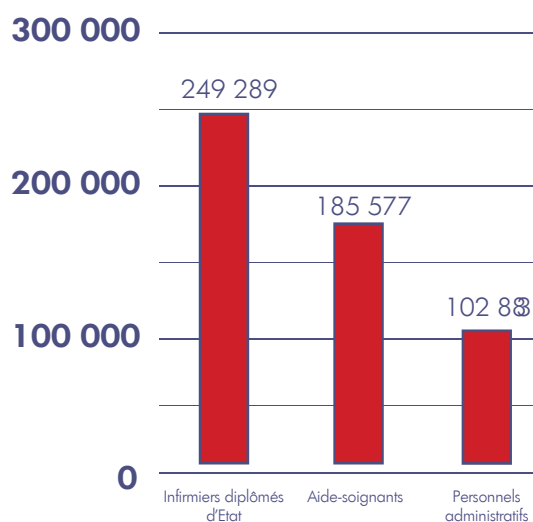
Troisièmement, l'hypertrophie de la sphère administrative au sein même des établissements de santé explique une large part de ces surcoûts. La part de personnel en charge de tâches médicales au sein des établissements hospitaliers est de 66% seulement en France. A l'hôpital public, il y a une personne embauchée pour des tâches administratives dès que 2 infirmiers sont recrutés (*cf graphique ci-dessous*) ! L'UDI n'entend pas cibler injustement les personnels administratifs de l'hôpital : bien au contraire, la réduction du nombre d'équivalent-temps-plein mobilisés pour certaines tâches permettrait d'utiliser au mieux les compétences de ces hommes et femmes.

Part du personnel en charge de tâches médicales au sein des établissements hospitaliers



Source : OCDE 2016

Effectif des établissements publics



Source : Les établissements de santé › édition 2019 › DREES

Il est absolument crucial de rééquilibrer la balance entre le "temps médical" et le "temps administratif", principal levier disponible pour optimiser le travail des soignants, revaloriser leurs salaires et rendre leur métier plus attractif.

Nos propositions

Un plan massif de “débureaucratisation du temps médical et paramédical”

Notre réforme vise à en finir avec une gestion du système de santé centrée sur la norme pour privilégier une politique basée sur le contrat et les objectifs. Nous proposons de supprimer un ensemble de charges administratives normatives pour privilégier le contrat passé avec les soignants.

Le temps que le soignant consacre à la bureaucratie, c’est du temps humain et de l’échange en moins.

1. S’inspirer du modèle des «hôpitaux magnétiques» canadiens pour donner plus d’autonomie professionnelle et moins imposer de normes et procédures aux soignants
2. Informatisation et simplification des compte-rendus d’hospitalisation (CRH) et des lettres de liaison grâce au dossier médical personnalisé
3. Allègement de la traçabilité des actes
4. Suppression des normes trop lourdes et chronophages de traçabilité du vestiaire pour les infirmiers et aides-soignants
5. Limiter l’obligation de citer les actes infirmiers
6. En finir avec la transmission de tous les éléments de facturation « papier » en accélérant la dématérialisation de l’ensemble de la transmission des éléments de facturation.
7. Suppression des règles tatillonnes, comme l’obligation de recrutement de pharmaciens-adjoints dans les officines en fonction du chiffre d’affaires, de manière totalement décorrélée du résultat net, qui décourage de nombreux pharmaciens à reprendre des officines.

Un vrai choc d'informatisation, sera le meilleur allié de la débureaucratiation :

8. Informatiser davantage le dossier patient et le partager réellement entre professionnels de santé : mettre enfin en place le Dossier Médical Partagé d'ici 2022
9. Unifier les données des établissements issues des différents organismes (ATIH, HAS, CPAM, DIRRECTE, ARS, et tant d'autres) dans un seul espace pour chaque établissement au sein d'un dossier établissement partagé (DEP), actualisé en permanence et de façon automatique via des interfaces, et consultable par les tutelles et les établissements.
10. Mise en place de logiciels communs, en particulier les dossiers médicaux, au sein d'un même hôpital et progressivement au sein de l'ensemble des hôpitaux. Cette refonte doit se faire en concertation avec les professionnels utilisateurs.

Une refonte totale de la rémunération des médecins libéraux

En France, les médecins libéraux sont rémunérés en fonction du nombre de consultations et de visites qu'ils réalisent : c'est un système dit du paiement «à l'acte». Ce système était adapté à la situation sanitaire du pays en 1945, caractérisée par un nombre important de patients avec beaucoup de maladies aiguës et bien moins de maladies chroniques qu'aujourd'hui.

Toutefois, ce système n'est pas du tout adapté à une prévalence des maladies chroniques comme aujourd'hui, d'autant qu'il pousse à la surconsommation médicale via l'augmentation du volume des actes. Une étude empirique des économistes Lise Rochaix and Stéphane Jacobzone montre par ailleurs que *“les médecins payés à l'acte avec des tarifs conventionnés augmentent le volume de leurs actes quand il y a un gel des tarifs ou une baisse brutale de ceux-ci”*.

La mise en place progressive d'un médecin généraliste référent en France, avait d'ailleurs vocation à être suivie d'une réforme du mode de paiement, pour que les médecins ne soient plus payés en fonction du nombre d'actes qu'ils réalisent mais en fonction du nombre de patients qu'ils suivent.. L'échec de la réforme initiée en 1997 qui reposait sur le simple volontariat avec une capitation annuelle³ extrêmement faible (22,87 euros par patient) a freiné la nécessaire réforme de notre système de tarification qui doit aujourd'hui être pleinement relancée.

Nous demandons une accélération rapide de la refonte du système de rémunération de la médecine de ville et à l'hôpital en prenant exemple sur les principaux modèles dont celui de l'Allemagne qui combine “capitation”, paiement à l'acte, forfait et efficience.

Cette réforme doit être accompagnée d'une trajectoire nette de revalorisation de la rémunération des professionnels de santé.

Un “ONDAM” de la rémunération des soignants voté au Parlement

Les efforts faits pour débureaucratiser le temps médical et la modification de la Gouvernance évoqués précédemment doivent permettre de libérer des moyens humains et financiers nécessaires à la revalorisation des soignants à l’hôpital. Pour être pleinement efficace, cette réorganisation de l’hôpital passe aussi par un plan de conversion en établissements à but privé non-lucratif évoqué dans la dernière partie de ce rapport. Pour les médecins, la débureaucratiation du temps médical et la réforme de la capitation à l’acte évoquée précédemment doivent aussi permettre de leur libérer du temps pour augmenter leur temps de travail réel et donc leur rémunération.

Pour autant, cette trajectoire d’augmentation de la rémunération des soignants doit être suivie avec attention et faire l’objet d’une stratégie pluriannuelle pilotée avec beaucoup de précaution.

Sur le modèle des lois de programmation pluriannuelles de finances publiques qui fixent un objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM) pluriannuel, nous proposons de créer un Objectif National de Rémunération des Soignants, présentant des indicateurs précis pour chaque corps de métier, avec un objectif national de salaire moyen horaire. Chaque année, cet Objectif National de Rémunération des Soignants doit être également voté au Parlement au moment du vote de la loi de financement de la sécurité sociale. Sur la base de ce ratio, nous pourrions établir des critères objectifs d’annualisation du temps de travail en fonction de l’activité souvent saisonnière des services.

³ Avec le principe de la capitation, les médecins ne sont plus payés en fonction du nombre de consultations qu’ils réalisent, mais en fonction du nombre de patients qu’il suivent. Concrètement, chaque médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu’il lui prodiguera. Dans un tel système, les nouvelles ORMS détermineraient une somme globale dépendant de l’état de santé de la population et répartie entre les médecins en fonction du nombre de patients qu’ils suivent. Toutefois, à l’image du modèle allemand, lorsqu’un médecin effectuera un volume d’acte inférieur au plafond par patient, il serait seulement payé sur le volume d’acte réalisé.

Un ratio de “soignants par patients” à l’hôpital

Pour des raisons de mauvaise organisation ou de mauvaise allocation budgétaire, beaucoup de soignants ont la sensation de ne pas pouvoir exercer leurs fonctions correctement, de bâcler leur travail et de ne pas accorder une attention suffisante aux patients dont ils ont la charge.

Il est indispensable de tenir compte de cette revendication cruciale chez les infirmiers et aides-soignants pour améliorer la qualité des soins en imposant des seuils minimaux de soignants par nombre de patients. Ce ratio doit évidemment tenir compte des spécificités de chaque service mais être généralisé dans les établissements de santé pour répondre à cette revendication forte exprimée par les soignants.

Ce système s’inspire des ratios mis en place par la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, en réponse à l’augmentation d’événements indésirables” liée au manque de personnels dans certains services (chutes, erreurs de médicament etc ...).

Ce ratio de “soignants par patients” doit permettre d’avancer sur une plus forte souplesse dans le temps de travail et sur une meilleure saisonnalité des rythmes de travail : lorsque le nombre de patients est très faible, les soignants seront automatiquement mis en repos, tandis que le ratio exigera une plus forte mobilisation en période d’afflux de patients.

Par ailleurs, tant que ce ratio n’existera pas, nous maintiendrons un modèle profondément sous-optimal budgétairement et humainement : ne pas placer d’infirmière dans certains EHPAD la nuit conduit à des déplacements aux urgences très onéreux qui pourraient être évités

Reconnaître la “consultation infirmière”

L’expertise et la qualité professionnelle de nos soignants sont largement sous-exploitées, ce qui entraîne une insatisfaction majeure chez les professionnels ainsi que de nombreux surcoûts budgétaires à l’échelle macroscopique.

L’évolution des professions paramédicales vers des métiers à pratiques avancées doit être largement accélérée, à condition de revaloriser leurs rémunérations.

Nous proposons de reconnaître véritable la “consultation infirmière” permettant aux personnels para-médicaux de prendre en charge certaines consultations de patients chroniques (*analyse de la situation de la personne, planification des soins, mise en œuvre, évaluation et réajustements, observance du traitement, prévention, dépistage des complications*).

La création de quotas d’installation médicales pour lutter contre les déserts médicaux

Pour décentraliser les soins en dehors de l’hôpital public, rétablir le maillage territorial de la médecine de ville est indispensable.

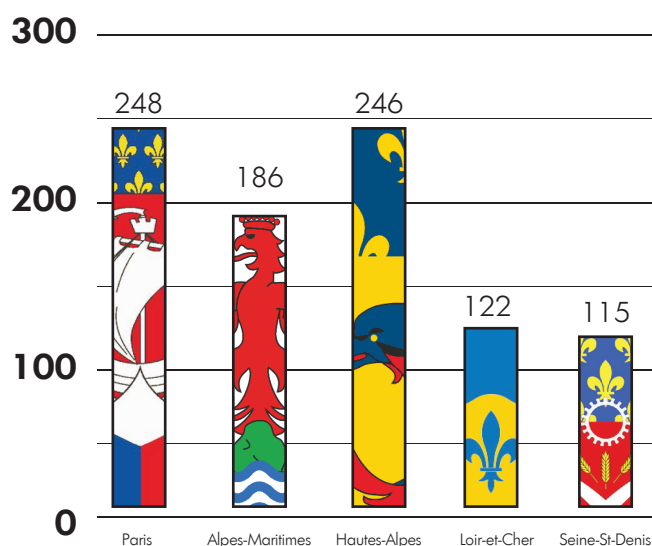
Supprimer le *numerus clausus* comme l’a initié le Gouvernement ne suffira pas à mettre fin aux déserts médicaux et à rapprocher les patients des soignants. D’ailleurs, le *numerus clausus* est un bouc émissaire convenu car la France forme beaucoup de médecins, mais des médecins qui n’exercent pas assez au long de leur vie professionnelle, font d’autres choix de carrière, partent exercer à l’étranger, et au pire s’accommodent du système en multipliant les actes mêmes inutiles.

Surtout, le *numerus clausus* concerne seulement les capacités d’accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle et en aucun cas le nombre de médecins installés sur un territoire, qui est totalement libéralisé.

Ce dogme de la liberté d'installation totale des médecins qui prévaut aujourd'hui a favorisé une centralisation de l'offre de médecine de ville sur quelques zones du territoire français, au détriment de la ruralité mais aussi des banlieues des métropoles, puisque la Seine-Saint-Denis est le premier désert médical de France en matière de médecins généralistes.

Ces inégalités massives dans la répartition des médecins est d'autant plus scandaleuse que les cotisations sociales sont les mêmes selon les territoires ! Les déserts médicaux touchent aussi à la question du consentement à l'impôt : il n'est pas acceptable que le salarié du Loir-et-Cher paie les mêmes cotisations sociales qu'un parisien qui a deux fois plus de médecins sur son territoire.

■ Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants



Source : INSEE, Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 : comparaisons départementales

Nous croyons fondamentalement que la médecine française, même si une partie des soignants exercent en libéral, est de facto salariée de l'État puisqu'elle est financée par les impôts et cotisations de nos concitoyens.

Il est donc indispensable que la puissance publique joue un rôle stratégique en matière d'aménagement du territoire et de décentralisation de l'offre de soins : il est nécessaire et indispensable de revenir de manière intelligente sur la liberté complète d'installation, en contrepartie d'une augmentation des rémunérations..

La régulation de la répartition géographique des médecins est d'ailleurs un élément essentiel du système de santé allemand, où l'accès à la médecine ville conventionnée est soumis à des restrictions d'installation très strictes.

Des plafonds de médecins par spécialité ont été instaurés au sein de chacune des 395 circonscriptions médicales de la Bundesrepublik, et aucune installation n'est possible dès que le plafond est dépassé de 10%.

Le Royaume-Uni a aussi mis en place une politique très régulée de pilotage de l'offre de soins de ville, si bien que le nombre de médecins généralistes par habitant est sensiblement le même sur l'ensemble du territoire : la région des Midlands de l'Est, avec 60 généralistes pour 100 000 habitants, est la région la plus sous-médicalisée du pays avec pourtant seulement 6% de généralistes de moins que la moyenne du pays.

Nous proposons que pour chaque spécialité, la future ORMS qui remplacera l'ARS soit chargée de la régulation de l'ouverture des nouveaux postes à l'échelle de chaque département, en concertation avec les Conseils Régionaux et les Conseils Départementaux. Pour chaque spécialité, des quotas de nouvelles installations seront établis au niveau départemental.

Dans la mesure où le budget Santé de chaque région sera enfin défini selon des critères objectifs, le futur ORDAM que nous appelons de nos vœux régulera aussi l'offre de soins automatiquement.

Par ailleurs, pour chaque spécialité, dans les territoires où l'insuffisance de postes ouvertes est la plus prononcée, nous proposons une prise en charge des frais des étudiants qui s'engageraient à exercer sur le territoire sur une période donnée, sur le modèle de l'allocation de l'Armée de l'air pour le financement des études (AFSD) des jeunes qui signent un contrat d'engagement dans les domaines les plus recherchés (cyberdéfense, domaine spatial, construction aéronautique et physique nucléaire).

04

UN PLAN DE LUTTE CONTRE LES DÉPENSES INUTILES



Notre constat

Au-delà de la seule bureaucratisation du temps médical et de la santé évoquée précédemment, notre système de santé est extrêmement coûteux car il pâtit d'un certain nombre de dépenses inutiles qui fragilisent le consentement à l'impôt et la qualité même de notre système de soins.

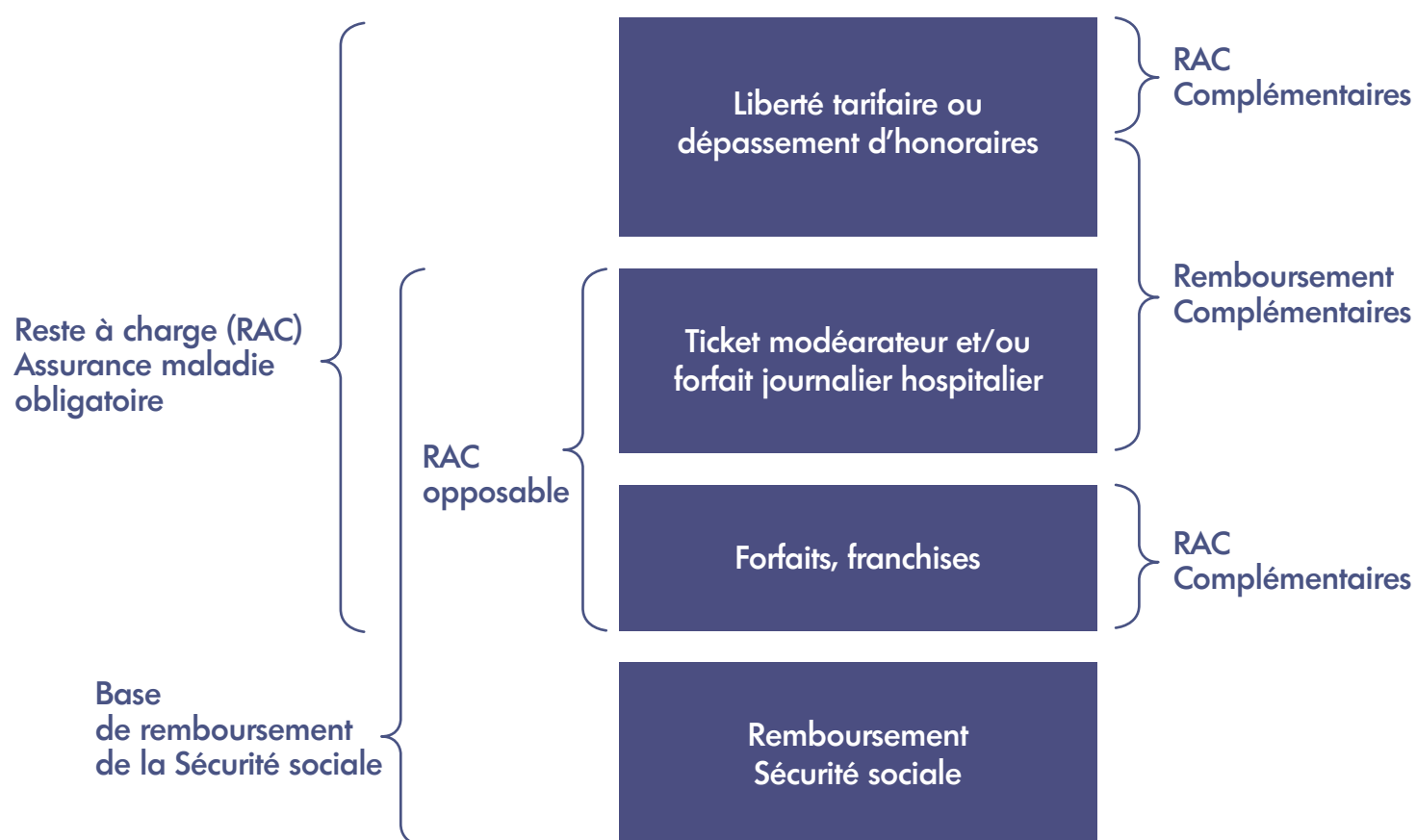
Une importante source de surcoûts réside dans la coexistence hybride entre les complémentaires santé (AC) d'un côté (*qu'il s'agisse de mutuelles, d'institutions de prévoyance ou de sociétés d'assurance*) et l'assurance-maladie obligatoire (AMO) de l'autre. La France est caractérisée par ce système assurantiel hybride, résultat du compromis historique de 1945 entre l'Etat et la Mutualité qui avait posé les bases de la protection sociale avant-guerre. Plutôt que de clairement dissocier ce qui relève de la Sécurité Sociale et ce qui relève des complémentaires santé, la France a fait le choix d'un système intermédiaire où les deux acteurs interviennent sur le même panier de soins et pour les mêmes prestations, avec une logique de remboursements multiples pour un acte unique. Ces deux systèmes cohabitent maladroitement puisque les complémentaires sont chargées de rembourser un complément de la prise en charge partielle de l'assurance-maladie obligatoire. Ce système hybride pèse inutilement sur les français pour plusieurs raisons.

Premièrement, il coûte cher : d'après les calculs de la fondation iFRAP, la superposition des frais de gestion et de coordination des deux systèmes coûte plus de 13,7 milliards d'euros au contribuable chaque année. Ces surcoûts s'expliquent évidemment par les processus de transmission mais aussi par l'excessive diversité des organismes exerçant sur le marché de la complémentaire santé, compris entre 400 et 700. En 2017, en moyenne, 21 % des cotisations hors taxes étaient consacrées aux charges de fonctionnement de ces organismes ! Le nombre inconsidéré de mutuelles les prive de rôle significatif dans l'organisation des soins ou dans la lutte contre les gaspillages et les fraudes. Les fraudes s'élevaient en 2011 à 156 millions d'euros dont 71 par l'hôpital, 65 par les professionnels de santé et 20 par les assurés.

Deuxièmement, il défavorise les plus modestes puisque le "ticket modérateur" et les restes à charge éventuels favorisent le renoncement aux soins pour raisons financières. Cette cohabitation bancal a obligé les pouvoirs publics à mettre en place de nouveaux dispositifs coûteux pour compenser l'absence de panier de soins remboursé intégralement, à savoir la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000 et l'aide à la complémentaire santé (ACS) en 2005. Cette généralisation de la couverture complémentaire santé est inaboutie puisqu'elle laisse 3 à 4 % de la population non couverte. Il s'agit, en particulier, des inactifs en âge de travailler, notamment les chômeurs de longue durée dont les ressources excèdent le plafond de l'ACS. Cette mesure aboutit aussi à juxtaposer des dispositifs distincts pour les salariés, les indépendants, les fonctionnaires, les retraités et va inéluctablement entraver la mutualisation du risque entre l'ensemble des assurés sociaux et provoquer des hausses de tarifs des complémentaires pour certaines populations.

Troisièmement, il contribue à l'inflation du prix de la santé puisque les dépassements d'honoraires sont plus facilement tolérés par le citoyen, au détriment des actifs exclus du marché du travail ou les plus fragiles qui ne disposent pas des meilleures complémentaires santé.

LE RESTE À CHARGE SUR UNE DÉPENSE DU PANIER DE SOINS REMBOURSABLE : UN SYSTÈME KAFKAÏEN



Enfin, rappelons que contrairement à ce qui est régulièrement annoncé par le gouvernement, les assurances complémentaires augmentent chaque année leurs tarifs. Ce sont leurs adhérents qui ont payé les récentes réformes visant à la prise en charge de certains soins dentaires ou d'audioprothèses.

La question épineuse de la fraude sociale est évidemment un autre levier important de diminution des dépenses inutiles. Avec Nathalie Goulet et bien évidemment le grand spécialiste français du sujet, le magistrat Charles Prats, l'UDI s'est mobilisée depuis plusieurs mois pour obtenir des avancées sensibles en la matière.

Missionnée par le Premier Ministre, la sénatrice Nathalie Goulet (UDI) n'a pas pu accomplir sa mission parlementaire jusqu'au bout, faute d'obtenir les données dont elle avait besoin. « Il n'est pas normal que les fonctionnaires aient refusé de répondre sur la fraude sociale. Soit c'est de la rébellion, soit ils ne savent pas répondre et ça veut dire qu'ils ne savent pas ce qu'ils font de notre argent » expliquait Jean-Christophe Lagarde, qui a pris l'initiative avec le groupe UDI à l'Assemblée Nationale de créer une commission d'enquête dont les travaux ont été lancés au début de l'année 2020, avec le rapporteur Pascal Brindeau, député UDI du Loir-et-Cher.

Les premières auditions ont permis de confirmer nos inquiétudes tant sur le montant de la fraude, que sur les méthodes employées. Le principal outil de fraude consiste à obtenir un faux NIR grâce à de faux documents issus d'États étrangers.

Lors des auditions conduites à l'Assemblée, Pascal Brindeau a fait confirmer nos craintes par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) : plusieurs NIR ont été obtenus sur la base de documents d'état civil ... issus d'États qui n'ont pas d'état civil écrit !

Plus de 2,4 millions de NIR avec droits à l'Assurance Maladie ont été ouverts d'après la réponse gouvernementale du 7 novembre 2019 à une question écrite de Nathalie Goulet. Le NIR ne permet pas directement d'obtenir le versement de prestations sociales non-contributives mais constitue la porte d'entrée de nos systèmes sociaux.

A titre d'exemple, Charles Prats cite le cas d'un fraudeur de nationalité algérienne qui avec de faux documents irakiens s'est procuré un numéro de sécurité sociale français. Il a ensuite pu obtenir l'allocation adulte handicapé et des allocations logements, détournant à lui seul 32.000 euros en 2 ans et demi.

Nos propositions

Un Panier de Soins remboursé à 100% par la Sécurité Sociale pour en finir avec la cohabitation kafkaïenne entre Assurance Maladie et complémentaires

Afin de réduire à la fois les renoncements aux soins pour causes financières et limiter la surconsommation ainsi que la flambée des dépenses inutiles évoquée précédemment, nous proposons de remettre complètement à plat le système de remboursement de la Santé en France.

La Sécurité Sociale ne doit plus rembourser partiellement un éventail très large de biens et produits de santé dont certains consomment abusivement mais garantir à tous l'accès aux biens et produits dont l'efficacité pour la santé individuelle et pour la population générale est démontrée. Il est préférable que les complémentaires se recentrent sur la périphérie du système de soins.

Nous proposons un système simplifié où le citoyen français n'aura plus à déboursier un euro pour les soins essentiels : en supprimant totalement le ticket modérateur et les remboursements complémentaires, l'Assurance Maladie Obligatoire prendra en charge intégralement un panier de soins dont l'efficacité pour la santé individuelle et pour la population générale est démontrée.

A l'inverse, les complémentaires santé seront chargées de se réorienter, en remboursant entièrement les soins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, dont le Service médical rendu (SMR) est jugé plus faible par la Haute Autorité de Santé.

Plus le panier de soins sera étendu, plus les cotisations sociales augmenteront mais en remplacement des cotisations aux complémentaires : ce système ne coûtera pas plus cher aux citoyens, bien au contraire, grâce aux économies de gestion réalisées !

La suppression de la participation financière des assurés pour l'ensemble des soins permettra de lutter davantage contre le renoncement aux soins, injuste pour les hommes et les femmes qui le subissent, et inopérant financièrement à long terme puisque nécessitant a posteriori des traitements bien plus coûteux.

Un meilleur contrôle des dépenses abusives

Nous proposons de renforcer le contrôle des dépenses abusives, notamment les arrêts maladie de complaisance. Notre système de contrôle n'est pas assez centré sur la justification médicale des arrêts mais plutôt sur la présence au domicile des salariés, créant un fort sentiment d'injustice lorsqu'un arrêt est suspendu pour impossibilité de réaliser le contrôle alors qu'il est réellement souffrant.

Le croisement des données de l'Assurance Maladie doit être renforcé pour permettre de mieux cibler les médecins prescrivant des arrêts de travail de manière excessive et permettre ainsi un redressement financier lorsqu'un excès d'arrêts de travail a été constaté sur une dynamique pluriannuelle.

Par ailleurs, le service médical de l'Assurance maladie doit augmenter le nombre de contrôles annuels avec un rapport chiffré détaillé remis au Parlement chaque année et privilégier les contrôles médicaux par convocation au cabinet d'un médecin assermenté, conformément aux propositions faites par Jean-Luc Bérard, Stéphane Oustric et Stéphane Seiller dans leur rapport «Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail».

Généraliser l'encadrement des dépassements d'honoraires, y compris à l'hôpital public

La création du secteur 2, appelé aussi « secteur conventionné à honoraires libres », a transféré plus de 10% des dépenses de santé de l'Assurance Maladie vers les patients, générant un système de "médecine à deux vitesses". L'hôpital n'échappe pas à la règle : en 2016, 2 181 médecins hospitaliers ont facturé 70 millions d'euros de dépassements d'honoraires dans le cadre de leur activité privée à l'hôpital.

Nous proposons de généraliser et d'imposer les dispositifs de modération des dépassements d'honoraires (OPTAM) visant à ce que les médecins spécialistes s'engagent à limiter leurs dépassements en contrepartie du versement d'une prime ou d'une revalorisation des tarifs de certains actes techniques.

0 fraude sociale en re-certifiant tous les numéros de Sécurité Sociale grâce à la biométrie

La commission d'enquête de l'Assemblée Nationale initiée par le groupe UDI et dont les travaux sont conduits par Pascal Brindeau permettront de présenter un plan de lutte global contre la fraude sociale.

D'ores et déjà, la mission parlementaire conduite par Nathalie Goulet et bien sur, le travail de longue date conduit par le magistrat Charles Prats ont permis d'identifier plusieurs leviers de lutte immédiate contre ce phénomène de fraude sociale dans le but de sécuriser la clé d'entrée dans nos systèmes sociaux.

Le premier levier évident est la biométrisation du numéro de sécurité sociale en France (NIR) et le conditionnement du versement de toute prestation sociale à la possession d'un NIR biométrique. Cette proposition permettrait à chaque citoyen de disposer d'une carte unique biométrique fusionnant la carte vitale, la carte d'identité et la carte de sécurité sociale européenne, avec empreinte digitale.

Les avantages attendus sont la suppression des identités multiples détectées au niveau central par la comparaison des empreintes ; la vérification de l'existence et de la résidence effective des allocataires au moment du ré-enrôlement ; la suppression des prêts ou locations de cartes Vitale à des tiers.

Nous pouvons également d'ores et déjà lutter contre la fraude à la non déclaration de décès avec une obligation annuelle de preuve de vie grâce aux nouvelles technologies de visio-communication et sécuriser les justificatifs de résidence en créant une nouvelle obligation d'inscription domiciliaire en France, qui existe déjà dans de nombreux pays en Europe.

05

EN FINIR AVEC LE MODÈLE ACTUEL DU TOUT HÔPITAL PUBLIC



Notre constat

En France, l'offre de soins hospitaliers repose sur trois piliers complémentaires que sont les établissements publics, les établissements privés à but non lucratifs et les établissements privés à but lucratif. Les établissements privés sont souvent plus réactifs tandis que les hôpitaux publics généraux et les établissements privés à but non lucratifs sont garants sur le territoire, du service public ; les CHU sont des centres d'enseignements, de recherche et d'excellence que l'on nous envie.

Ces trois piliers doivent être préservés mais le modèle administratif de l'hôpital public n'est pas la seule manière d'organiser des soins financés par la contribution commune à l'hôpital, alors que des structures comme le privé non-lucratif sont de réels succès, en France et à l'étranger.

Fermetures massives de lits à l'hôpital : attention aux raccourcis !

La gauche radicale, avec l'appui complaisant de certains médias, a largement contribué à la diffusion d'une information que plus personne n'ose désormais remettre en question tant elle est ancrée dans le débat public : ce sont des fermetures de lits massives imposée depuis le début du siècle qui auraient déstabilisé l'hôpital public français, si bien qu'il suffirait d'abonder le budget de la Santé en conséquence pour rétablir la situation. En réalité, ce "mythe" des fermetures de lits induit l'opinion en erreur pour deux raisons au moins :

1. Dans l'ensemble des pays occidentaux, depuis le début du siècle, une dynamique très nette de diminution de la durée d'hospitalisation a été engagée, qui a elle-même permis de baisser mécaniquement le nombre de lits. Ce raccourcissement des séjours grâce à de nouvelles techniques de récupération plus rapide et de la médecine ambulatoire est évidemment une bonne chose pour les patients. Le nombre de lits de soins dépendant directement de la durée des séjours, il y a naturellement eu une baisse du nombre de lits nécessaires pour la société. L'OCDE note d'ailleurs que la suppression de 60 000 lits à temps complets en France entre 2003 et 2014 est la conséquence du Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile.

La baisse du nombre de lits en France est moins prononcée que dans la majorité des autres pays de l'OCDE (cf. graphique ci-dessous), qui a pu descendre jusqu'à 40% au Danemark. Encore aujourd'hui, notre taux d'équipement en lits d'hôpitaux est l'un des meilleurs du monde, avec 6 lits pour 1 000 habitants, contre 3,2 en Italie 3 en Espagne, 2,8 aux Etats-Unis ou 2,5 au Royaume-Uni.

2. Les "lits d'hôpitaux" sont un concept abstrait : un «lit» correspond en réalité à une capacité d'accueil à l'hôpital doté de personnel dédié ou mobilisable en cas de besoins. Le nombre de lits n'est souvent pas un problème, mais plutôt le nombre de soignants autour du lit ! L'absence de personnel est donc la première cause de diminution de la capacité d'accueil, décrite sous la terme de "fermeture de lits". Il y aurait davantage de lits dans un hôpital mieux organisé avec des soignants dont le temps de travail a été annualisé ! Imposer un vrai ratio soignants-patients en EHPAD permettrait d'avoir moins de lits en hôpitaux tout en soignant mieux les patients.
3. L'Allemagne a effectivement un peu plus de lits par habitants et nous pouvons tendre vers ce ratio mais ils ont surtout plus d'agilité dans la gestion des lits et des personnels. A titre d'exemple, l'Allemagne n'a pas comme cela a été dit 25000 lits de réanimation mais 12 000 seulement ; les 13 000 autres lits sont transformables en fonction des besoins.

Nos propositions

Lever les contraintes financières mises sur les hôpitaux privés en contrepartie d'un engagement dans une démarche territoriale de qualité des soins, d'efficience et d'accueil de toutes les populations

Le cloisonnement entre public et privé doit être complètement revu : dès le début de carrière des soignants, nous proposons d'ouvrir plus largement de la liste des services validant pour les stages d'internes face aux réticences des doyens de faculté (*c'est indispensable car de nombreuses pathologies sont gérées uniquement dans le privé, comme les appendicites*). Nous pensons qu'il est nécessaire de revoir la définition du secteur public hospitalier pour inclure les établissements privés sur la base de critères objectifs : les urgences ne doivent pas être réservées à l'hôpital public, le SAMU doit et peut aussi aller dans le privé !

Les hôpitaux qui reçoivent des budgets très ciblés doivent être libres d'expérimenter davantage : ceci doit donc s'accompagner d'une réévaluation pour les hôpitaux publics du financement des MIGAC (*missions d'intérêt général et aide à la contractualisation qui incluent les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation*).

Nous proposons d'encourager toutes les initiatives de coopération entre établissements publics et privés qui ont vu le jour depuis plusieurs années : à ce titre, le professionnel de santé du secteur privé doit pouvoir exercer ponctuellement dans les établissements publics avec des modalités de rémunération et un statut juridique bien étudié en terme de responsabilités.

Nous devons réintroduire la convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés dans le cadre d'une évolution de la tarification à l'activité dans les hôpitaux.

Enfin, nous proposons de conditionner le renouvellement des autorisations d'activité de soins pour les établissements hospitaliers, privés ou publics, à l'obtention de l'accréditation et à un volume d'activités garantissant la qualité des soins.

Faciliter la conversion d'hôpitaux publics en établissements privés à but non-lucratif

Le "tout-hôpital public" est confronté à trop de lourdeurs et de rigidités : en faire un modèle centralisé pour tout le pays empêche l'essor d'autres structures.

Le modèle des Établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), anciennement appelés établissements participant au service public hospitalier, doit à ce titre être développé. Les ESPIC sont des structures à but non-lucratif soumises aux règles du droit privé mais dont le financement et les règles de tutelle restent publics : l'article 99 de la loi du 26 janvier 2016 confie d'ailleurs au directeur général de l'ARS le soin d'habiliter les établissements souhaitant bénéficier de la qualité d'ESPIC. Les gestionnaires sont des structures aussi diverses que des Associations loi de 1901, des Fondations, des Mutuelles, des Associations de droit local Alsace Moselle ou même des Organismes de sécurité sociale.

Ces établissements privés à but non lucratif disposent de fortes marges de manoeuvre pour baisser les surcoûts de la lourdeur du modèle administré de l'hôpital public : les procédures d'achat n'obéissent pas à la rigidité du code des marchés publics, les règles de la comptabilité publique n'y sont pas appliquées, la reconnaissance d'atteinte d'objectifs y est autorisée, les procédures d'embauche sont facilitées (alors que les praticiens hospitaliers sont nommés par arrêté du directeur du Centre national de gestion), ils ne sont pas soumis aux appels d'offres des marchés publics, les regroupements sont possibles pour exploiter les complémentarités ... Surtout, ces établissements permettent une forte souplesse sur le temps de travail mais aussi sur l'organisation du travail dans la journée.

En matière de santé comme dans l'ensemble des politiques publiques, c'est la diversité des expérimentations et des modèles qui permettent de faire émerger les bonnes pratiques.

Pour mettre cette idée en application, nous proposons un plan de conversion d'hôpitaux publics en ESPIC.

Le groupe UDI avait d'ailleurs soutenu en 2016 un amendement visant à mettre en place une expérimentation relative à la transformation du statut juridique des établissements publics de santé, malheureusement rejetée par la majorité socialiste.

Dans les hôpitaux qui ne deviendront pas des ESPIC, il est indispensable d'aérer le système de gouvernance, avec un principe de co-gestion des établissements publics par un administratif et un médecin, en permettant à des médecins présidents de CME, formés au préalable, de co-gérer des établissements.

Dans les hôpitaux qui ne seront pas transformés en ESPIC, une modernisation du statut des soignants

Comme expliqué précédemment, nous défendons une très forte revalorisation de la rémunération des soignants, pour qu'ils fassent partie des mieux payés d'Europe, comme nos fortes dépenses de santé devraient le permettre avec une meilleure réorganisation.

Cette revalorisation financière ne doit pas être une rustine visant à rattrapper le retard mais doit s'inscrire dans un plan d'ensemble de réorganisation de l'hôpital, durablement mis à mal par la réduction de la durée légale à trente-cinq heures initiée au début du siècle. Puisque les trente-cinq heures étaient inapplicables à l'hôpital, les agents ont accumulé des heures supplémentaires sur des Comptes Épargne Temps mais ne peuvent être monétisées par les établissements. Les 35 heures ont aussi créé énormément d'usure, à l'image des annulations de RTT au dernier moment pour les soignants réquisitionnés pour palier en dernière minute à la désorganisation des plannings. La législation a aussi fait exploser le recours à l'intérim médical et paramédical, avec un impact massif sur la masse salariale des hôpitaux (+30% entre 2002 et 2012).

Cette réforme doit donc permettre de remettre à plat le statut des soignants en le modernisant, en assumant par exemple la différenciation salariale.

Ce nouveau statut doit surtout permettre une certaine mobilité du personnel en fonction du remplissage des services et donc en fonction des urgences. Par exemple, ce statut doit permettre d'avancer sur l'annualisation du temps de travail.

L'hôpital s'adapte mal à cette uniformité du temps de travail fixée de manière hebdomadaire : les établissements de santé sont caractérisés par une activité qui est justement très loin d'être uniforme ! Les gripes hivernales créent une forte surcharge d'activité, les accouchements sont également saisonniers, et les lieux touristiques n'ont évidemment pas la même fréquentation selon les périodes de l'année : il est évident que le temps de travail en février en pleine saison de ski ne peut pas être le même au Centre hospitalier de St Jean de Maurienne et à celui de Cannes. Le temps de travail annualisé permettrait de s'adapter aux besoins des patients sans désorganiser les services et générer un surcoût important comme c'est actuellement le cas. L'annualisation du temps de travail généralisée offrirait davantage de souplesse pour mieux organiser l'hôpital et mettre fin aux surcoûts qui pèsent sur la rémunération des soignants. Cette souplesse doit aussi permettre une amélioration de la qualité de vie des soignants : cette annualisation leur permettrait de négocier un retrait de leur service pour des raisons familiales ou personnelles, en contrepartie d'une augmentation du temps de travail plus tard dans l'année. Par exemple, une infirmière pourrait choisir de se retirer de son service pendant 1 semaine de son choix tout en étant rémunérée, à condition de travailler 36 heures par semaine le reste de l'année.

Ce statut doit aussi permettre de payer obligatoirement toutes les heures supplémentaires : alors que de nombreuses infirmières de l'hôpital public sont aujourd'hui contraintes de se mettre dans l'illégalité en cumulant des petits boulots en dehors de leurs heures de service, le recours aux heures supplémentaires doit être encouragé.

Le statut doit aussi révolutionner le système des rémunérations en remplaçant la grille indiciaire par un modèle moins rigide et plus méritocratique.

Enfin, ce statut doit faciliter les évolutions de carrière, en simplifiant le processus qui permet aux aides-soignants de devenir infirmiers grâce à la validation des acquis de l'expérience.

⁴ Conformément aux recommandations du rapport de Philippe LAURENT de mai 2016 sur le temps de travail dans la fonction publique, nous proposons de modifier le décret n2002-9 du 4 janvier 2002 pour **mettre en place une annualisation du temps de travail dans l'ensemble de la fonction publique hospitalière.**

Dans les hôpitaux publics, la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) doit être effective et conduire à plus d'efficience

L'UDI propose pour de rendre plus effectifs et efficaces les groupements hospitaliers de territoires (GHT) grâce aux mesures suivantes :

- Permettre et même encourager les GHT à bénéficier de la personnalité morale de droit public.
- Définir les nécessaires évolutions de la gouvernance hospitalière permettant un fonctionnement cohérent et coordonné des GHT
- Structurer les réseaux de comptes publics afin que les établissements membres du GHT puissent bénéficier d'un interlocuteur unique.
- Engager une réflexion permettant de délivrer les autorisations d'activité, de reconnaître les MIGAC et de déléguer les crédits du Fond d'Intervention Régional au niveau du GHT, à charge pour les établissements de les répartir en fonction des besoins en santé et des conditions techniques de fonctionnement des activités.
- Obtenir un rescrit de la part de l'administration centrale afin de ne pas appliquer la TVA aux conventions de mise à disposition des personnels médicaux et non médicaux entre établissements d'un même GHT.
- Autoriser que toutes les prestations assurées entre établissements d'un même GHT ne soient pas soumises à l'application du code des marchés publics.
- Permettre aux GHT qui le souhaitent d'expérimenter la mise en commun des trésoreries, du recours à l'emprunt long terme et aux lignes de trésorerie.

MERCI À LA CENTAINE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ADHÉRENTS DE L'UDI QUI ONT ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOTRE GRANDE CONSULTATION. NOUS REMERCIONS TOUT PARTICULIÈREMENT NOS CONTRIBUTEURS ACTIFS QUI ONT CONTRIBUÉ À L'ÉLABORATION DE CE DOCUMENT AU SEIN DU GROUPE DE RÉFLEXION UDI SANTÉ. N'HÉSITEZ PAS À LE REJOINDRE EN CONTACTANT PROJET@PARTI-UDI.FR

Marie-Christine Gros-Favrot, professeur des universités, praticien hospitalier (PUPH), secrétaire nationale de l'UDI en charge de la Santé, ancienne membre du Conseil Économique, Social et Environnemental

Anne Bullet, Responsable de secteur Santé au Travail

Anne-Cécile Benoit-Gola, Ergothérapeute Libérale

Catherine Vittecoq, Maire-Adjointe de Palaiseau

Laurent Dahmani, Chirurgien urologue

Édouard Obadia, Médecin réanimateur

François Auquièrre, Directeur de l'Hôpital Privé Jacques Cartier

Johar Fatealy, Pharmacien

Ibrahim Amirat, Cadre de Santé Infirmier, Urgences Pédiatriques

Johar Fatealy, Pharmacien

Josy Chambon, Directrice d'un Institut de Formation en Soins infirmiers et Conseillère régionale PACA

Patricia Gilles-Cipierre, pharmacien hospitalier retraitée

Saïd Salhi, Kinésithérapeute et Podologue libéral

Sébastien Jacob, Infirmier Coordinateur



@SanteUdi



@UDI_off



@jclagarde

www.parti-udi.fr

