

## REPONSES QUESTIONNAIRE CISS

---

Daniel Solaret, rapporteur du groupe Santé pour François Bayrou

### THEME I : RENFORCER LE COMBAT CONTRE LES INEGALITES DE SANTE.

---

Question 1 : Selon quelles modalités les revenus de remplacement pourraient ils garantir un revenu de dignité qui ne peut être inférieur au seuil de pauvreté ?

---

Que se soit pour une cause sociale ou pour conséquence d'une maladie ou d'un handicap, une égalité de traitement doit devenir la règle en regard de l'attribution des aides sociales.

Le principe étant établi se pose le principe des modalités de financement de ces aides alors que dans ce domaine comme dans d'autres la France accumule les déficits qui alimentent notre dette que nous allons transférer de façon irresponsable à nos enfants (la CADES dans ce domaine) c'est pourquoi notre proposition pour aller vers cet objectif repose sur plusieurs axes

- Coordonner et rationaliser les aides entre le social et le médico social en simplifiant les structures de gestion de ces aides qui sont trop dispersées entre les divers organismes de tutelles, ceci diminuera le coût de gestion et simplifiera l'accès aux aides pour les citoyens.

- Mettre en place une évaluation précise et individualisée des besoins et un suivi de l'utilisation des ressources attribuées dans le temps qui puissent rapidement prendre en compte les évolutions de situation des attributaires.

- Optimiser grâce à la maîtrise médicalisée, à la responsabilisation de tous les acteurs et à la réorganisation du système de santé les dépenses de santé afin de dégager des marges de manœuvre pour revaloriser les aides.

- Etendre la mutualisation des risques sociaux consécutifs à une maladie par une évolution des assurances complémentaires aux prestations de ce type.

Question 2 : Quel dispositif pour maintenir une offre de soins sur l'ensemble du territoire à tarif opposable (secteur 1) ?

---

L'UDF propose une régionalisation du numerus clausus afin de « fixer » sur la région un nombre de praticiens conformes aux besoins (70% des étudiants restent sur leur lieu d'études), nous proposerons également des bourses d'études en échange d'un nombre d'années d'exercice dans la région concernée.

Par ailleurs d'autres mesures sont nécessaires, elles recouvrent la mise en place d'exercice en réseau et le développement de maisons médicales pouvant utiliser les techniques modernes de la télémédecine pour assurer un haut niveau de technicité ainsi que des incitations fiscales pour les zones les plus désertifiées.

Enfin et après discussions entre tous les acteurs concernés une nouvelle répartition des tâches entre médicaux et paramédicaux pourrait améliorer l'efficacité du système de santé local.

L'ensemble de ce dispositif sera bien entendu sous la supervision des ARS dans le cadre d'une vraie régionalisation sous le contrôle d'une véritable démocratie sociale ou tous les acteurs seront représentés par collège élu.

Question 3 : comment limiter le reste à charge pour le rendre supportable pour tous ?

---

Le système actuel prend en charge très largement les pathologies les plus lourdes dans le cadre des ALD des CMU et des assurances complémentaires, reste cependant environ 4 à 5% de personnes ne disposant pas de complémentaires et il appartiendra aux futurs responsables d'en réduire le nombre ce que permettent les dispositifs actuels pour les pathologies de longue durée et pour les plus démunis.

Pour ce qui concerne l'ambulatoire ne relevant pas des ALD une amélioration des couvertures complémentaires doit être étudiée, l'assistance en fonction de critères sociaux doit être pensée dans le cadre des aides sociales repensées dans le cadre plus large du médico social.

---

## THEME II REFONDER L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.

---

Question 1 : Quelle éducation à la santé peut on mettre en place sans mobiliser l'école ni les soignants ?

---

Pour ce qui concerne la jeunesse nous considérons que l'éducation pour la santé est une priorité .Elle permettra pour les futurs citoyens de devenir des acteurs à part entière de la gestion de leur patrimoine santé, de notre système de santé et un moyen incontournable pour réussir une politique de prévention efficace.

Mais qui dit éducation passe nécessairement pour notre jeunesse par notre ciment social qu'est l'école. Nous sommes conscient de la charge incombant déjà à ce système éducatif mais des priorités devront être choisies et pour nous la santé est un fondamental de l'éducation de tout citoyen du XXIème siècle.

Des pistes de solutions peuvent être explorées en démultipliant les tâches et en partant des soignants qui utiliseraient des relais avec les étudiants du système de santé qui eux-mêmes pourraient former des enseignants etc. ; Bien entendu tout cela ne peut être envisagé que sur

des bases de volontariat et par une large concertation entre tous les acteurs de ce vaste chantier de l'éducation.

Pour ce qui concerne les adultes, les associations, les médecins du travail et l'utilisation des médias et d'Internet peuvent concourir à améliorer la situation actuelle, le niveau pertinent pour ce passage de connaissances est le niveau local .

Question 2 : Comment améliorer la prise en charge des maladies chroniques ?

-----

Le médecin de famille un concept d'avenir.

Le pharmacien acteur de santé présent « au chevet du malade » pour améliorer le suivi des patients notamment dans les EHPAD (Ets pour personnes âgées dépendantes).

Le développement des réseaux de soins incluant la problématique de la coordination du réseau ville hôpital et le social.

Question 3 : Quelles propositions pour organiser la coordination de l'offre de soins ?

-----

Nous rappelons ici brièvement les propositions de l'UDF pour ce qui concerne l'organisation du système de santé (le détail se trouve sur notre site [www.preeel.net](http://www.preeel.net) dans les « enjeux de la santé »).

La région est le niveau pertinent pour organiser le système de soins, de trop nombreuses structures existent il convient de les faire travailler ensemble et ensuite de rationaliser le système.

Les ORS évaluent les besoins de la région sur le plan humain, matériel et financier.

Les CRS (conseil régional de santé) regroupent tous les acteurs de santé par collèges association de malades, médecins, hôpitaux, paramédicaux, élus locaux etc....Cet organe veille à l'adéquation de l'offre et des besoins et contrôle l'ARS (agence régionale de santé)

L'ARS responsable unique au niveau régional est l'exécutif de la politique de santé avec son directeur sous le contrôle d'un conseil administration nommé par le CRS et le conseil régional.

L'ARS pilote la prévention, le suivi des Ets de soins publics et privés, la formation professionnelle, le suivi des réseaux, le contrôle de la qualité et ultérieurement le médico social.

Enfin un conseil national de la santé émanation des conseil régionaux assure la cohérence et la péréquation financière pour définir une politique de santé équitable sur tout le territoire national ,ce qui se traduit également par un ONDAM médicalisé présenté au parlement

L'INSEE de la santé se déclinant en antennes régionales permet un suivi de la gestion des données de santé dans un cadre cogéré par les représentants de tous les acteurs de santé parmi

lesquels les associations de patients et des assurés. L'objectif est obtenir un pilotage efficient en temps réel du système de santé notamment en définissant et en suivant des indicateurs de qualité des soins prodigués en liaison avec la haute autorité de santé. Cet organisme pourra se doter de moyens propres ou utiliser par délégation des moyens des divers acteurs du système.

Question 4 Un nouveau corps de professionnels pour la prévention et l'éducation pour la Santé.

---

Pour l'éducation nous avons déjà répondu, pour ce qui concerne la prévention nous devons nous appuyer sur des professionnels de la santé soignants, médecins du travail, médecins scolaires et les paramédicaux correspondants.

Question 5 : La qualité

---

La qualité et les indicateurs correspondants doivent être définie avec les soignants ce rôle avait été dévolu par la loi de 2004 à la haute autorité de santé qui devait entre autres fournir des protocoles de soins, le résultat est pour le moins décevant. Nous proposons que ce sujet soit d'abord traité au niveau expertise par les meilleurs spécialistes de chaque discipline médicale avec l'aide des informaticiens et statisticiens de l'INSEE de la santé et à la lumière de ce qui s'est déjà fait ses preuves dans d'autres pays. Ensuite la haute autorité de santé sur la base d'expérimentations ciblées pourra décider d'appliquer les travaux ainsi réalisés.

Enfin, nous proposons d'étudier des indicateurs non pas basés sur les actes mais sur les pathologies avec pour incitation qualitative et quantitative une future tarification à la pathologie plutôt qu'une tarification à l'activité qui est un système inflationniste et peu représentatif de résultats sanitaires pour les malades.

---

THEME III : RENOVER LE FINANCEMENT DE LA SANTE

---

Question 1 : transparence sur la qualité et les coûts dans le cadre d'un système d'informations indépendant ?

---

L'INSEE de la santé que souhaite créer l'UDF sera un organisme cogéré par tous les acteurs de santé et fournira des informations à tous les acteurs via les supports divers disponibles comme Internet journaux etc....

Question 2 : rééquilibrage de la pression portée sur le consommateur en exigeant un rapport qualité prix des prescripteurs ?

---

Nous pensons à l'UDF que la santé n'est pas un bien de consommation comme les autres ;

Les tarifs pratiqués par les soignants relèvent de conventions avec l'assurance maladie et la part du remboursement restant à la charge de l'assuré dépend de choix politiques pour l'assurance maladie et de la qualité du remboursement pratiqué par les complémentaires de chaque assuré.

Actuellement le système se dégrade en raison du déséquilibre financier du système. La priorité est de restaurer l'équilibre des comptes afin de pérenniser notre système et de ne plus envoyer des dettes sur nos enfants. Nous sommes convaincus qu'une meilleure gestion du système permettrait de résoudre une part non négligeable de cette pression croissante sur le « consommateur » tout en rémunérant au « juste coût » les soignants. Par ailleurs les dépenses de santé sont amenées à croître en raison du vieillissement de la population et des progrès techniques, cela doit être compris comme une source de développement économique potentielle si la recherche et l'innovation permettent à la France d'être un pôle d'excellence dans le domaine de la santé. Des priorités et des choix sont aussi à définir et nous ne pourrions pas faire l'économie de repenser le périmètre de l'assurance maladie (aussi appelé panier de soins) et également de prévoir de nouvelles voies de financement (TVA sociale) ou des extensions de financement existant (CSG) mais ceci dépendra de ce qui est décrit ci-dessus. L'ensemble de ces actions ne peut par ailleurs se concrétiser qu'après une concertation avec tous les acteurs du système.

Question 3 : conseil de la CNAMTS tripartite ?

---

L'UDF est favorable à un véritable ministère de la santé.

L'UDF rappelle que le financement de l'assurance maladie repose sur tous les citoyens principalement via l'impôt et que au niveau régional les CRS conseil régional de santé regroupant tous les acteurs de santé contrôleront l'exécution de la politique de santé via le conseil d'administration de l'ARS. Les relations entre l'ARS et la CNAMTS ou toutes les autres structures de l'assurance maladie devront également tenir compte de cette nouvelle organisation.

Question 4 : Franchise minimale ou reste à charge plafonné sur tous les soins en fonction du revenu ?

---

Le reste à charge plafonné (déjà nul avec la CMU et les ALD) est légitime pour les personnes à faibles revenus ou gravement malade, le problème des effets de seuil est toujours complexe à définir et doit être débattu dans les structures ad hoc. Pour le reste nous souhaitons développer une culture de responsabilité de tous les acteurs et le reste à payer peut constituer un élément de cette responsabilisation.

#### Question 5 Droits à la complémentaire pour tous avec mutualisation aidée

---

La question a déjà été traitée dans une question précédente

Le pourcentage de personnes non couvertes est de l'ordre de 4 à 5%

Une extension des complémentaires par mutualisation des risques est envisageable mais dépend des complémentaires. Pour ce qui concerne les plus démunis la CMU a été créée dans ce but, si des insuffisances subsistent il conviendra bien sûr de les identifier et de corriger ces anomalies.

---

#### THEME IV : GARANTIR LA PROTECTION DES DONNEES DE SANTE PERSONNELLE

---

Question 1 : LE DMP et un véritable débat de société relatif à l'informatisation des informations de santé ?

---

A L'UDF nous pensons que le DMP doit être un outil au service de la qualité des soins. Malheureusement ce dossier essentiel a été particulièrement mal géré, ce qui conduit à la situation que nous connaissons et qui augure mal de son devenir si une rapide clarification des éléments le constituant n'est pas vigoureusement engagée au lendemain des élections avec tous les acteurs de ce processus dans le cadre d'une vaste explication à travers un vaste débat public.

Tout d'abord il faut clarifier les concepts et ne pas inverser l'ordre normal des tâches de la création d'un outil informatique efficient.

1<sup>ER</sup> élément MR DOUSTE BLAZY a commencé par avancer des économies de 3.5 milliards d'euro et une mise en place en 2007. Aussi bien le chiffre des euro que la date ne reposait sur aucun élément économique fiable, ce que nous avons dit en son temps.

2<sup>EME</sup> élément Aucun projet informatique ne démarre en cherchant d'abord une solution pour héberger les fichiers ou traiter les échanges de données et la sécurité des données. Tout

projet commence par un cahier des charges FONCTIONNEL définissant les objectifs du projet :

- quels objectifs ou quelles utilisations ?
- qui utilisera les données et pour faire quoi ?
- qui rentrera les données, à quel coût (ou en combien de temps) et avec quel niveau de responsabilité et de contrôle des éventuelles « erreurs » (qualité du système). ?
- comment et sous quelle forme seront constituées les bases de données avec quelles mesures de sécurité ?
- qui sera habilité à stocker à contrôler à utiliser les informations et quel sera l'organisme qui en contrôlera la bonne exécution.,
- quels seront les identifiants retenus. ?
- exhaustivité ou non des données (avec protections et cryptages des données bien sur ou dossier partiel avec bien sur une analyse des conséquences médicales de ce choix),
- en cas de litiges entre acteurs qui et sur quelles bases juridiques se feront les jugements ?

Etc....

Ajoutons de plus l'approche économique

- combien coûtera le projet dans sa phase d'analyse puis de réalisation puis d'exploitation ?
- qui paiera ?

(La nous avons cru comprendre que les économies compenseront les dépenses ce que nous ne croyons pas. Le DMP de par la responsabilisation qu'il confèrera aux soignants tant sur le plan d'efficience des soins que sur le plan des responsabilités juridiques en cas de problèmes amènera de par le principe de précaution à accroître les examens divers et que cela contrebalancera peut être les gains qualitatifs obtenus par une meilleure connaissance du patient. En clair il est plutôt raisonnable de prévoir un coût additionnel pour l'assurance maladie déjà fortement déficitaire, coût par contre hautement souhaitable s'il permet d'améliorer la qualité des soins).

Ensuite et seulement ensuite se pose le problème des hébergeurs (privés ou non) et des réseaux de communications qui sont des problèmes technico-économiques (Pour rappel l'UDF avait proposé un hébergement par l'INSEE santé sous le contrôle de tous les acteurs et en utilisant la délégation de moyens existants auprès de l'INSEE pour diminuer la facture de cette opération que l'on a d'ailleurs toujours pas sérieusement chiffrée)

En clair nous souhaitons un large débat afin de relancer sérieusement ce dossier sur des bases réalistes et en tenant compte de ce qui existe ailleurs.

Question 2 et 3 : véritable politique de sécurité des données de santé et autorité de régulation dotée de moyens coercitifs efficaces ?

-----

Nous proposons comme en 2004 de mettre en place au coté de la haute autorité de santé un INSEE de la santé doté de moyens humains et matériel de premier ordre comme dans le domaine économique avec des informaticiens de haut niveau et de statisticiens venus de nos meilleures universités et écoles et capables de traiter tous les problèmes de sécurité et les indicateurs de mesure de la qualité et de pilotage du système.

---

## THEME V /LA DEMOCRATIE SANITAIRE

---

Question 1 et 2 et 4 : Le congé de représentation, la formation le statut du bénévole.

---

Les problèmes de représentativité organisés avec la participation des associations doivent être résolus sur le modèle de la démocratie sociale dans le monde des entreprises.

Nous devons réfléchir à cette question fondamentale sur la base de propositions que vous pourriez nous faire, ensuite il appartiendra au législateur de légiférer sur ce sujet indiscutablement à l'ordre du jour puisque l'UDF souhaite associer des représentants des patients à tous les stades de la démocratie sanitaire, ajoutons que se pose également le thème de la représentativité d'une association par rapport à une autre afin de permettre d'appliquer une représentativité légitime et démocratique.

Question 3 : associer les usagers ;

---

Cette question est complètement intégrée dans le projet de l'UDF puisque dans toutes les structures que nous souhaitons mettre en place les usagers sont associées.

Question 5 Information du public en matière de droits ?

---

Nous sommes favorables à une large information du public par tous les moyens de la communication moderne.

INSEE santé

Associations impliquées dans tous les rouages du système de santé

Internet

Ecole

Lieux de travail

TV

Journaux

Radios etc.....