SOIGNER

PACTE UFMLS POUR LA SANTÉ

10 engagements pour reconstruire notre systeme de santé



SOIGNER

PACTE UFML-S POUR LA SANTÉ

10 engagements pour reconstruire notre système de santé

La France possède l'un des patrimoines sanitaires les plus précieux qui soient : un système fondé sur la solidarité, l'accès de tous aux soins et la coexistence d'un hôpital public, d'un secteur hospitalier privé et d'une médecine libérale.

Ce système est aujourd'hui profondément fragilisé.

Difficultés d'accès aux soins, déserts médicaux, crise de l'hôpital, épuisement des professionnels, perte d'attractivité des métiers, inflation administrative, sous-financement du secteur privé hospitalier, financiarisation, perte d'indépendance professionnelle : les alertes se succèdent.

Ces difficultés ne peuvent être dissociées des déséquilibres qui touchent l'ensemble du territoire national. La centralisation progressive des activités, y compris dans la santé, des emplois, des services publics, des transports, des établissements d'enseignement et des équipements a profondément désaménagé le territoire. Elle a concentré les ressources dans les grandes métropoles et fragilisé les villes moyennes, les zones rurales, les territoires de montagne, les territoires insulaires et les quartiers éloignés des centres de décision.

L'aménagement du territoire doit redevenir une priorité nationale.
Il n'y a pas de déserts médicaux : il y a des déserts territoriaux.

Les réponses ne peuvent plus être une accumulation de réformes partielles.
Nous proposons aux candidats à la présidence de la République de s'engager sur dix transformations structurelles.

01 REMETTRE LE SOIN AU CENTRE DE LA DÉPENSE DE SANTÉ

La santé ne peut être considérée uniquement comme une dépense qu'il faudrait continuellement contenir.

Elle constitue un investissement humain, social et économique pour la Nation.

Nous demandons :

- le regroupement de l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire en une grande Sécurité sociale solidaire. L'État a fait faire l'étude en 2022, l'économie récurrente se situe entre sept milliards et demi et huit milliards et demi par an, sans un centime de prélèvement supplémentaire et sans réduire le panier de soins d'un euro. Il ne s'agit pas d'étatiser davantage mais de créer une couverture solidaire et non lucrative, à frais de gestion réduits, sans actionnaires à rémunérer ni courtiers à payer, accessible à tous.
- un financement du système de santé construit à partir des besoins sanitaires de la population,
- un audit indépendant des structures administratives et agences sanitaires,
- la suppression des doublons administratifs, et des structures de coordinations qui n'ont pas rempli leurs missions socles (CPTS dont la mission était de trouver un médecin traitant à chaque Français)
- la réorientation vers le soin des économies ainsi réalisées,
- une évaluation de toute nouvelle norme selon son impact réel sur le temps consacré aux patients,
- la transparence sur la part des dépenses réellement consacrée au soin et sur celle absorbée par les structures administratives, les intermédiaires et les procédures,
- que les règles de financement reposent sur les soins réellement dispensés, les missions effectivement assurées et les contraintes objectives rencontrées par chaque acteur, et non sur son seul statut juridique ou son appartenance à un secteur,
- l'égalité de financement entre établissements assurant les mêmes missions, pour les mêmes patients, avec les mêmes personnels, les mêmes obligations contractuelles et les mêmes certifications.

Un principe : chaque euro consacré à la santé doit avoir pour finalité première le soin.

02 DÉFENDRE LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE COMME SOCLE DE L'EXERCICE LIBÉRAL, REDONNER SA VALEUR AU SOIN ET OUVRIR L'ACCÈS AU SECTEUR À HONORAIRES LIBRES.

La rémunération à l'acte constitue le socle de l'exercice libéral. Elle reconnaît le travail effectivement réalisé, responsabilise le professionnel et préserve le lien direct entre le médecin et son patient.

Elle doit être défendue et protégée.

La rémunération à l'acte ne doit pas être remplacée par une rémunération forfaitaire généralisée, des objectifs administratifs ou des enveloppes collectives qui éloigneraient la rémunération de l'activité médicale réelle.

La valeur d'un acte médical ne peut être déterminée uniquement en fonction de la situation budgétaire de l'Assurance maladie.

Elle doit prendre en compte le temps médical, la compétence, la responsabilité professionnelle, les investissements nécessaires et le coût réel de l'exercice.

Nous proposons :

- la garantie de la rémunération à l'acte comme socle de la rémunération des médecins libéraux,
- une réévaluation régulière des actes médicaux,
- une indexation permettant de tenir compte de l'évolution des charges,
- la reconnaissance du travail médical réalisé en dehors de la présence du patient,
- la rémunération du temps de coordination, d'analyse et de synthèse lorsqu'il est réellement nécessaire au soin,
- la suppression des secteurs 1 et 2 pour la création d'un unique secteur conventionné à honoraires libres selon des règles transparentes, lisibles et équitables,

- le maintien des dispositifs économiques qui permettent aux patients ne relevant pas des honoraires complémentaires de bénéficier de soins sans dépassement, notamment les patients relevant de la Complémentaire Santé Solidaire, de l'Aide Médicale de l'État et les situations auxquelles s'appliquent les règles de prise en charge au tarif opposable,
- la préservation et le renforcement des aides économiques qui garantissent l'accès aux soins de tous,
- la clarification nationale des règles applicables aux honoraires libres, afin de mettre fin aux interprétations contradictoires et à l'insécurité juridique :

> Une part non négligeable (40 à 60 % selon ISPL) des actes réalisés actuellement par les médecins de secteur 2 est effectuée au tarif opposable, c'est-à-dire sans dépassement d'honoraires. Cette réalité doit être pleinement prise en compte dans le débat public. Elle montre que l'exercice sous honoraires complémentaires ne signifie pas que l'ensemble de l'activité médicale est réalisé avec dépassement, ni que les médecins concernés renoncent à leur mission de solidarité. (Selon ISPL, près de 70 % des actes réalisés avec compléments d'honoraires le sont avec une hausse inférieure à 10 % de la valeur de l'acte.)

La création d'un secteur unique peut être envisagée sans remettre en cause la solidarité nationale. Elle doit être appréciée à la lumière des règles qui protègent déjà les patients ne relevant pas du secteur 2, du maintien des aides économiques destinées aux plus fragiles, de la part importante d'actes réalisés au tarif opposable actuellement par les médecins de secteur 2 et de la couverture complémentaire dont bénéficie la très grande majorité de la population.

Il ne s'agit pas de multiplier les exclusions des honoraires complémentaires, de fixer un taux d'actes sans honoraires complémentaires ou de réduire le débat à la proportion de Français disposant d'une complémentaire santé.

Un secteur unique conventionné à honoraires libres est possible dès lors que sont maintenues les protections et les aides qui garantissent l'accès aux soins des patients qui ne relèvent pas de ce secteur.

Ce secteur unique au sein de la convention doit être conçu comme un outil de valorisation du soin, de liberté d'exercice et d'attractivité des territoires, non comme un mécanisme de sélection des patients.

La rémunération à l'acte constitue le socle de l'exercice libéral et rémunère le soin réellement délivré. La création d'un secteur unique à honoraires libres au sein de la convention doit soutenir l'attractivité, la responsabilité et la liberté médicales, tout en maintenant les dispositifs de solidarité qui garantissent l'accès aux soins de tous.

Le financeur détermine ce qu'il peut rembourser. Il ne doit pas, à lui seul, déterminer ce que vaut le soin.

03 GARANTIR L'INDÉPENDANCE DU MÉDECIN, LA LIBERTÉ D'INSTALLATION ET FAIRE DU PARTENARIAT CONVENTIONNEL UN ENGAGEMENT RÉCIPROQUE

L'indépendance professionnelle constitue une condition de la qualité et de la sécurité des soins.

La liberté d'exercice et la liberté d'installation sont indissociables de cette indépendance.

La réponse aux difficultés d'accès aux soins et aux inégalités territoriales ne doit pas reposer sur la contrainte imposée aux médecins, mais sur l'attractivité des territoires, l'amélioration des conditions d'exercice et une politique ambitieuse d'aménagement sanitaire du territoire.

La décision médicale doit rester fondée sur les données de la science, l'examen clinique, l'expérience du praticien et le dialogue avec le patient.

Nous demandons que soit garantie :

- la liberté d'installation de tous les médecins, sans conventionnement sélectif ni mécanisme coercitif conditionnant leur droit d'exercer au lieu de leur installation ;
- l'indépendance vis-à-vis des financeurs publics ou privés,
- la liberté de prescription dans le respect des données scientifiques,
- le libre choix de son médecin par le patient,
- l'absence d'objectifs financiers susceptibles d'altérer une décision médicale,
- le maintien de la responsabilité médicale là où une expertise médicale est nécessaire,
- la liberté pour chaque médecin de choisir son mode d'exercice conventionné ou non conventionné, dans un cadre clair, loyal et compréhensible.

La liberté d'installation n'est pas un obstacle à l'accès aux soins bien au contraire. L'enjeu est de rendre les territoires attractifs pour que les médecins choisissent de s'y installer et puissent y rester.

Nous demandons également le retour au remboursement des prescriptions établies par les médecins exerçant en secteur 3.

Le déremboursement de ces prescriptions transforme de fait la convention en enfermement. Il ne s'agit plus d'un choix guidé par les avantages que la convention crée pour le médecin et pour la Nation, mais d'une sanction qui rend l'exercice hors convention pratiquement impossible pour les patients. C'est une sanction qui de plus s'applique aux patients cotisants de façon obligatoire à l'assurance maladie, alors que dans ce cas de figure elle ne leur fournit pas de prestation en retour.

L'exercice conventionné doit redevenir un choix attractif, fondé sur un véritable partenariat entre les médecins et l'Assurance maladie. Ce partenariat doit être défini par un contrat socle de fonctionnement conventionnel, clair, stable, opposable et respectueux de l'équilibre entre les parties.

Ce contrat socle ne concerne pas l'organisation de la relation entre le médecin et le patient. Il définit les rapports entre l'Assurance maladie et les médecins dans le cadre du fonctionnement conventionnel. **Il définit le respect du partenariat conventionnel comme principe directeur des relations entre l'Assurance Maladie et les médecins.**

Il doit notamment garantir :

- la prise en charge par l'Assurance maladie d'une part des cotisations sociales du médecin conventionné, en contrepartie de sa participation à l'organisation solidaire des soins,
- une protection sociale adaptée aux contraintes et aux responsabilités de l'exercice médical,
- des règles conventionnelles stables, lisibles et prévisibles,
- des avantages réels et identifiables pour le médecin conventionné,
- la reconnaissance de la participation du médecin à une mission d'intérêt général,

- une négociation équilibrée entre les représentants des médecins et l'Assurance maladie.

Le respect du partenariat conventionnel implique que la convention repose sur un engagement réciproque, une information loyale, une négociation équilibrée et le respect des obligations de chacune des parties.

À ce titre le contrat socle doit garantir :

- la transmission, dans un délai raisonnable, de tout document nécessaire à une réunion, une négociation ou une instance conventionnelle, afin de permettre une analyse réelle et contradictoire,
- l'interdiction de transmettre des documents essentiels une heure avant une réunion ou dans un délai ne permettant pas leur examen sérieux,
- l'obligation pour l'Assurance maladie de communiquer de manière complète, loyale et suffisamment anticipée les données, projets de textes, simulations financières et documents soumis à discussion,
- l'impossibilité pour l'Assurance maladie d'imposer seule des décisions modifiant les obligations, la rémunération ou les conditions d'exercice des médecins conventionnés,
- l'interdiction des décisions unilatérales présentées comme de simples mesures techniques alors qu'elles modifient l'équilibre conventionnel,
- l'obligation de soumettre toute modification substantielle à une concertation préalable avec les représentants des médecins,
- l'organisation d'une véritable négociation lorsque la mesure affecte les droits, les obligations, la rémunération ou les conditions d'exercice des médecins,
- l'instauration d'un délai minimal entre la présentation d'une proposition, son examen contradictoire et son éventuelle entrée en vigueur,

- l'impossibilité de modifier unilatéralement les obligations conventionnelles sans évaluation préalable, concertation, accord ou procédure de révision clairement définie et délai d'adaptation,
- la motivation écrite et publique de toute décision de l'Assurance maladie ayant un impact sur le fonctionnement conventionnel,
- la possibilité pour les représentants des médecins de demander une expertise indépendante des données produites par l'Assurance maladie,
- la traçabilité des échanges, positions et engagements pris dans le cadre des négociations,
- la mise en place d'une procédure de règlement des différends entre l'Assurance maladie et les représentants des médecins,
- une évaluation régulière du contrat socle par les médecins et l'Assurance maladie,
- la possibilité de réviser ou de dénoncer les dispositions qui ne respecteraient plus l'équilibre initial du partenariat.

Le respect du partenariat suppose que l'Assurance maladie ne se comporte pas comme une autorité hiérarchique à l'égard des médecins conventionnés. La convention ne peut être un cadre dans lequel une partie décide seule et où l'autre est seulement appelée à appliquer.

La prise en charge d'une part des cotisations sociales ne doit pas constituer une contrepartie à une mise sous tutelle administrative du médecin. Elle doit reconnaître la contribution du médecin conventionné à l'accès solidaire aux soins et compenser les obligations spécifiques qu'il accepte d'assumer dans le cadre du contrat socle.

La convention doit ainsi redevenir un engagement réciproque : le médecin garantit sa participation à l'organisation solidaire des soins ; l'Assurance maladie garantit en retour une protection sociale, une rémunération et des conditions d'exercice cohérentes avec cet engagement.

Le respect du partenariat doit être le maître mot du fonctionnement conventionnel. La convention doit être choisie pour ses avantages et la solidité du partenariat qu'elle offre, pas imposée par l'enfermement ou par des décisions unilatérales. Ni l'administration, ni l'assureur, ni l'algorithme ne doivent se substituer à la décision médicale.

04 RÉPONDRE AUX DÉSERTS MÉDICAUX PAR L'ATTRACTIVITÉ DES TERRITOIRES ET LE RÉAMÉNAGEMENT DE L'OFFRE DE SOINS

Contraindre l'installation ne crée pas de médecins supplémentaires et ne répond pas aux causes profondes de la désertification sanitaire.

L'accès aux soins doit être pensé dans le cadre plus large de l'aménagement du territoire.

L'aménagement du territoire doit constituer une priorité nationale. La centralisation des emplois, des services publics, des transports, des établissements d'enseignement, des équipements et des activités économiques a provoqué un profond désaménagement du territoire. Elle a créé des territoires éloignés des centres de décision, moins bien desservis et moins attractifs pour les professionnels comme pour les familles.

Il n'y a pas de déserts médicaux : il y a des déserts territoriaux. Les difficultés d'accès aux soins sont souvent la conséquence d'un déséquilibre plus général : absence de transports, de logements, d'écoles, de services publics, d'activités économiques, de structures d'accueil et de perspectives professionnelles pour les conjoints et les familles.

La politique de santé doit donc s'inscrire dans une politique nationale de rééquilibrage et de réaménagement du territoire.

Nous proposons :

- de préserver la liberté d'installation,
- de développer fortement les incitations dans les territoires sous-dotés,
- de favoriser l'exercice multisite et les cabinets secondaires,
- de faciliter l'exercice ponctuel des spécialistes dans les territoires déficitaires,
- de renforcer les terrains de stage dans les territoires,
- de favoriser l'installation des jeunes médecins par des mesures fiscales, conventionnelles, immobilières et familiales,

- d’intégrer sécurité, transports, écoles, logement et services publics dans toute politique de démographie médicale,
- de faire de l’aménagement du territoire une priorité interministérielle, associant santé, transports, logement, éducation, sécurité, emploi, numérique et services publics,
- de créer une nouvelle catégorie d’établissements de moyen séjour : les SMR polyvalents territoriaux,
- d’implanter ces établissements en priorité dans les zones rurales et semi-rurales,
- de faire de ces établissements de véritables pôles de santé territoriaux (PST), comprenant notamment un centre d’imagerie, un centre de prélèvement, une pharmacie, des maisons d’accueil pour les internes et des maisons médicales regroupant différentes spécialités,
- de multiplier ces structures pôles de santé, afin de réaménager le territoire sanitaire et de rapprocher les soins des populations,
- de faire de ces établissements des lieux d’enseignement, de stage, de formation continue et de transmission des savoirs,
- d’associer les professionnels libéraux, les établissements publics, les établissements privés, les collectivités territoriales et les universités à leur fonctionnement.

Ces pôles de santé territoriaux doivent permettre à un patient d’accéder, dans un même bassin de vie, à plusieurs niveaux de prise en charge : consultation de médecine générale, avis d’un spécialiste, examens d’imagerie ou de biologie, soins de réadaptation et, si nécessaire, orientation vers l’hôpital privé ou public. Le patient ne devrait ainsi plus être contraint de parcourir de longues distances ou de multiplier les démarches pour réaliser des examens et obtenir les avis nécessaires à son parcours de soins. La présence de professionnels, de services et de moyens techniques regroupés dans ces pôles doit également faciliter les échanges entre soignants, réduire les délais de prise en charge et rendre l’exercice professionnel plus attractif dans les territoires ruraux et semi-ruraux.

Ces structures doivent permettre de maintenir une offre de soins graduée, d’éviter des déplacements inutiles, de fluidifier les parcours et de rendre les territoires à nouveau attractifs pour les professionnels.

RÉINTÉGRER LES VISITES À DOMICILE DANS L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS.

La visite à domicile constitue une composante essentielle de la médecine de proximité. Elle permet de prendre en charge les patients âgés, dépendants, en situation de handicap, atteints de maladies chroniques ou temporairement dans l'impossibilité de se déplacer. Elle permet 9 fois sur 10 le maintien au domicile selon une étude de SOS médecins et évite des passages inutiles aux urgences, de repérer les situations de fragilité et de maintenir le lien médical dans les territoires où l'accès aux cabinets est difficile.

La visite ne doit pas être considérée comme un simple déplacement du médecin. Elle comprend le temps de trajet, l'examen clinique, l'évaluation de l'environnement du patient, la coordination avec les proches et les autres intervenants, ainsi que le temps nécessaire à la rédaction, à la prescription et au suivi. Elle doit donc être reconnue et rémunérée à sa juste valeur. (Rappel : coût d'un passage aux urgences 230 euros, tarif de la visite à domicile 40 euros)

Nous demandons :

- la reconnaissance de la visite à domicile comme un acte médical à part entière,
- une rémunération tenant compte du temps médical, du temps de déplacement, de la distance parcourue, de la complexité de la situation et des contraintes territoriales,
- la prise en compte du temps de trajet dans la rémunération, notamment dans les zones rurales, montagneuses, insulaires ou sous-dotées, et la facilitation des conditions de circulation et de stationnement en ville,
- la possibilité de rémunérer le temps de coordination réalisé après la visite avec les infirmiers, les aides à domicile, les pharmaciens, les établissements médico-sociaux, les proches aidants et les autres professionnels impliqués,
- la possibilité pour les médecins libéraux qui le souhaitent de regrouper leurs visites à domicile par secteurs et par plages horaires, d'ouvrir ponctuellement un cabinet secondaire ou de participer à des permanences médicales territoriales, avec une organisation souple et volontaire, sans obligation de déplacement ni remise en cause de leur liberté d'installation, de prescription et de choix du mode d'exercice,

- la création, dans les pôles de santé et les SMR polyvalents territoriaux, de dispositifs de coordination facilitant les visites à domicile et le retour à domicile après une hospitalisation,

- la garantie que les visites à domicile ne soient pas réservées aux seuls dispositifs financés par forfait ou par enveloppe, mais qu'elles restent intégrées à la rémunération à l'acte,

- la mise en place d'un suivi territorial des besoins en visites à domicile afin d'identifier les secteurs insuffisamment couverts et d'y renforcer les incitations.

La visite à domicile doit être intégrée aux parcours de soins et aux politiques de prévention. Elle doit permettre de repérer précocement la perte d'autonomie, les difficultés sociales, les risques de chute, les ruptures de traitement, les situations d'isolement et les besoins d'adaptation du logement.

Elle doit également être reconnue comme un outil de maintien à domicile et de désengorgement de l'hôpital. Une visite réalisée au bon moment peut éviter une hospitalisation, prévenir une aggravation de l'état de santé et faciliter une sortie d'établissement dans de bonnes conditions.

La revalorisation des visites ne doit pas conduire à une obligation générale de déplacement ni à une organisation administrative imposée aux médecins. Elle doit rendre possible et attractive la visite pour les professionnels qui choisissent de l'intégrer à leur exercice, en tenant compte des réalités de chaque territoire et de la charge réelle de ces prises en charge.

La visite à domicile n'est pas un acte secondaire : elle est une forme essentielle de médecine de proximité, de prévention et de solidarité territoriale. Un système de santé qui ne va plus vers les patients les plus fragiles renonce à sa mission. On ne lutte pas contre un désert médical sans lutter contre le désert territorial.

05 ABATTRE LES MURS ENTRE LA VILLE, L'HÔPITAL, LES CLINIQUES ET LES STRUCTURES TERRITORIALES

Le patient ne doit plus subir les cloisonnements historiques du système.

Il faut faire tomber les murs entre le public et le privé, non pour opposer les modèles, mais pour mutualiser leurs compétences et leurs moyens au service du patient.

Le secteur hospitalier privé doit être reconnu comme une composante à part entière du service de santé. Lorsqu'il assure les mêmes missions, prend en charge les mêmes malades, emploie les mêmes catégories de personnels, respecte les mêmes obligations contractuelles et répond aux mêmes exigences de certification, il doit bénéficier d'un financement équitable.

Nous demandons l'engagement de cesser de sous-financer le secteur privé hospitalier à missions, patients, personnels, obligations contractuelles et certifications comparables.

Ce sous-financement fragilise économiquement les établissements privés, réduit leurs capacités de fonctionnement, de formation, d'investissement, compromet leur maintien sur les territoires et favorise la concentration du secteur. Il contribue ainsi à la disparition progressive de structures indépendantes, accentue les difficultés d'accès au soin et ouvre la voie à leur rachat par des groupes financiers.

L'égalité de financement ne signifie pas l'effacement des différences de statut ou de gouvernance. Elle signifie que les écarts de financement doivent reposer sur des différences objectives de missions, de charges ou de contraintes, et non sur le seul statut juridique de l'établissement.

Nous proposons :

- de faciliter les exercices mixtes public-privé,
- de permettre aux médecins libéraux d'intervenir plus facilement à l'hôpital,
- de permettre aux hospitaliers d'exercer ponctuellement en ville,
- d'ouvrir davantage les terrains de stage aux cabinets libéraux de toutes spécialités et aux établissements privés,

- de développer des organisations territoriales permettant l'accès rapide à l'imagerie, à la biologie et aux spécialistes,
- de créer ou de faciliter la constitution de groupements de coopération sanitaire public-privé,
- de permettre à ces groupements de mutualiser des moyens humains, techniques, immobiliers et matériels,
- de faciliter la circulation des professionnels entre l'exercice privé et l'exercice public,
- de simplifier les règles statutaires, assurantelles, conventionnelles et administratives qui empêchent ces circulations,
- d'organiser de véritables parcours entre médecine de proximité, Pôles de Santé Territoriaux et hôpitaux privés ou publics,
- de faire des Pôles de Santé territoriaux des lieux de stage et de formation communs aux futurs professionnels du public et du privé,
- de garantir aux établissements privés assurant les mêmes missions et répondant aux mêmes obligations un niveau de financement comparable aux établissements publics et dans l'attente de publier par un organisme indépendant chaque année les écarts de financement entre établissements exerçant des missions comparables,
- de conditionner toute réforme tarifaire à une évaluation de ses conséquences sur l'équilibre économique des établissements indépendants,
- de mettre en place des mécanismes de soutien à l'investissement et à la modernisation des structures privées indépendantes,
- de prévenir la disparition de ces structures par un financement équitable, stable et lisible.

Il n'existe qu'un seul système de santé : celui qui soigne le patient.

06 ORGANISER L'ACCÈS AUX SOINS À PARTIR DU TEMPS SANS MÉDECIN ET LIBÉRER LES SOIGNANTS DE LA BUREAUCRATIE

L'accès aux soins ne peut pas être organisé uniquement selon l'ordre d'arrivée des demandes ou la disponibilité apparente des agendas.

Il doit tenir compte de la situation médicale réelle du patient et du temps pendant lequel il a été privé de médecin.

Nous proposons la création d'un indicateur territorial de priorité fondé sur le TSM : temps sans médecin.

Ce score pourrait intégrer :

- la durée pendant laquelle le patient est resté sans médecin traitant,
- ses pathologies chroniques,
- ses facteurs de risque,
- son âge et sa situation de vulnérabilité,
- ses besoins de suivi,
- son éloignement géographique,
- les ruptures antérieures de parcours,
- l'absence de réponse médicale sur son territoire.

Lorsqu'un patient présente un niveau de priorité élevé, sa demande de consultation devrait apparaître de manière clairement identifiable, par exemple en rouge, dans les logiciels de prise de rendez-vous des médecins du territoire.

Nous proposons pour cela :

- Avec l'accord du patient et dans le respect du secret médical, de faire apparaître une demande prioritaire auprès de plusieurs médecins du territoire,
- La mise en place d'un fonctionnement comparable à celui de certains outils de coordination hospitalière, comme Trajectoire, adapté à la médecine de ville,
- une rémunération ou une majoration spécifique pour le médecin qui accepte et prend en charge un patient prioritaire,
- une garantie que cette priorisation ne conduise pas à une sélection arbitraire des patients, mais qu'elle repose sur des critères médicaux, sociaux et territoriaux transparents.

La mise en œuvre de cet indicateur doit relever d'une gouvernance associant les médecins, les patients, l'Assurance maladie et les représentants des territoires.

Afin de favoriser l'accès au soin mettre en place la possibilité d'identifier, dans le respect du consentement et de la protection des données, les patients ou familles qui quittent durablement un territoire et changent de médecin ; permettre ainsi :

- la mise à jour rapide des listes de patients afin d'éviter qu'une personne reste inscrite pendant des mois chez un médecin alors qu'elle ne réside plus sur le territoire d'exercice,
- la libération automatique des places correspondant aux patients ayant quitté le territoire ou changé de médecin,
- la possibilité de suivre le turnover naturel d'une patientèle lié aux événements de la vie : déménagement, décès, changement de situation familiale ou professionnelle et rendre possible ainsi l'ouverture progressive de nouvelles places de suivi en fonction des capacités disponibles et actualisées du cabinet afin réduire les difficultés d'accès au soin générées par le « ne prend pas de nouveaux patients »

L'organisation sanitaire ne doit plus produire de perte de chance pour les patients. Le temps de non soin doit céder sa place au temps de soin.

Chaque heure inutilement consacrée à l'administration est une heure retirée au soin.

Nous demandons un choc de simplification sanitaire :

- suppression des normes et indicateurs sans bénéfice démontré pour le patient,
- automatisation des démarches administratives répétitives,
- principe « une donnée saisie une fois » ;
- évaluation indépendante des agences et organismes intermédiaires,
- mesure annuelle du temps de non-soin imposé aux professionnels,
- publication d'un indicateur national et territorial du temps de non-soin,
- engagement contractuel de la puissance publique à faire baisser ce temps chaque année,
- fixation d'objectifs pluriannuels opposables,
- en cas de non-atteinte des objectifs, pénalité financière pour les structures publiques ou organismes responsables de la surcharge administrative, convertie en compensation financière pour les soignants.

La performance d'un système de santé doit se mesurer au service rendu au patient, pas au nombre de procédures produites.

07 PROTÉGER NOTRE MODÈLE SOLIDAIRE DE LA FINANCIARISATION ET GARANTIR LA TRANSPARENCE

Le soin ne doit jamais devenir un produit financier comme un autre.

La rentabilité d'une structure ne peut prendre le pas sur l'intérêt du patient ou l'indépendance du professionnel.

La financiarisation est également favorisée lorsque des établissements indépendants, fragilisés par un sous-financement durable, ne disposent plus des moyens nécessaires pour investir, recruter ou se moderniser.

La réponse à la financiarisation ne peut donc pas se limiter à contrôler les investisseurs : elle doit aussi garantir aux établissements publics et privés un financement correspondant réellement aux missions qu'ils assurent.

Nous proposons :

- la transparence sur la propriété et les bénéficiaires effectifs des structures de soins,
- la transparence des liens financiers susceptibles d'influencer les décisions médicales,
- la garantie de l'indépendance des médecins exerçant dans des structures détenues par des investisseurs,
- une surveillance des phénomènes de concentration et la création d'une loi « antitrust » de la santé qui rend impossible pour le secteur privé ou participant au service public, la détention de plus de 20 % d'un secteur sanitaire par une même entité ou un même financeur,
- une transparence accrue sur les frais de gestion des différents financeurs,
- l'interdiction des mécanismes qui conduisent à privilégier la rentabilité au détriment de la pertinence des soins,
- la protection de la rémunération à l'acte contre son remplacement par des mécanismes financiers opaques ou des objectifs de rendement,

- l’égalité de financement entre établissements assurant des missions comparables, quel que soit leur statut juridique,
- la mise en place de financements permettant aux établissements privés indépendants de préserver leur autonomie, leur capacité d’investissement et leur ancrage territorial,
- le maintien d’une Assurance maladie solidaire garantissant l’accès aux soins indépendamment du niveau de revenu,
- la possibilité d’étendre les honoraires complémentaires à tous les médecins libéraux sous la surveillance des pratiques tarifaires par une gouvernance tripartite associant les représentants des médecins, des patients et l’Assurance Maladie.

L’argent doit être au service du soin. Le soin ne doit jamais être au service de l’argent.

08 PASSER D'UNE POLITIQUE DE LA MALADIE À UNE POLITIQUE DE SANTÉ

Notre système intervient encore trop souvent lorsque la maladie est installée.

La prévention doit devenir une composante naturelle de l'activité médicale.

Nous proposons que la France place la santé publique au plus haut de ses priorités sanitaires, et pour cela :

- d'intégrer pleinement la prévention dans le calcul de la valeur de l'acte de base du soin : la consultation,
- de développer vaccination et dépistages,
- de créer un délit de désinformation médicale et/ou scientifique,
- d'intensifier la lutte contre les addictions et les facteurs de risque,
- de renforcer la prévention cardiovasculaire, métabolique et oncologique,
- d'intégrer davantage santé environnementale et risques climatiques,
- de construire une véritable politique du vieillissement et de prévention de la perte d'autonomie,
- de mieux repérer les patients ayant un long temps sans médecin grâce à l'indicateur TSM,
- de garantir un accès prioritaire aux patients dont l'absence de suivi médical augmente le risque de rupture de soins,
- de soutenir les médecins qui assurent la reprise et la continuité du suivi de ces patients.

Prévenir doit avoir autant de valeur que guérir.

09 FAIRE DES DONNÉES DE SANTÉ UN SANCTUAIRE NUMÉRIQUE ET DONNER AUX MÉDECINS UNE VISION ACTUALISÉE DE LEUR PATIENTÈLE

La révolution numérique, la robotique et l'intelligence artificielle offrent des possibilités sans précédent à la médecine. De nouvelles techniques de soin et de nouveaux traitements vont apparaître ; certaines maladies pourront être vaincues, voire disparaître.

Elles comportent également des risques.

Les données médicales appartiennent à l'intimité du patient et doivent bénéficier du plus haut niveau de protection.

Nous demandons :

- une traçabilité complète de l'accès aux données,
- que le patient reste propriétaire des données de santé produites par les professionnels de santé et puisse garder la main sur celles-ci.
- une information compréhensible du patient sur leur utilisation,
- une protection contre leur exploitation commerciale ou assurantielle non consentie,
- une cybersécurité renforcée des systèmes sanitaires,
- un contrôle indépendant des algorithmes médicaux,
- le maintien d'une responsabilité humaine identifiable dans toute décision médicale,
- la création d'outils permettant à chaque médecin de connaître à tout moment la composition actualisée de sa patientèle,
- l'interopérabilité des logiciels de santé et des bases administratives, dans le respect du secret médical et du consentement des patients.

Ces outils ne doivent pas servir à surveiller les médecins ni à imposer une organisation administrative de leur patientèle. Ils doivent leur permettre de connaître la réalité de leur activité, d'anticiper les places disponibles et de mieux répondre aux besoins du territoire.

L'intelligence artificielle doit augmenter les capacités du médecin, jamais remplacer son jugement ni le colloque singulier avec le patient.

10 INSTAURER UNE VÉRITABLE DÉMOCRATIE SANITAIRE ET UNE GOUVERNANCE RESPONSABLE

On ne peut plus réformer le système de santé sans ceux qui le font vivre et ceux qu'il soigne.

Nous proposons une nouvelle gouvernance reposant sur trois composantes : **les patients les soignants la puissance publique.**

Les représentants des professionnels et des patients doivent disposer d'un véritable pouvoir dans les décisions concernant l'organisation du soin.

Pour cela les organismes élus qui représentent les patients ne doivent plus être subventionnés par l'État ou des organismes assurantiels, un financement basé sur un modèle similaire à celui de la formation par les entreprises doit pouvoir s'étudier.

Cette démocratie sanitaire doit exister au niveau national comme territorial.

La santé ne peut se satisfaire de court-termisme. Toute réforme sanitaire doit s'inscrire au minimum dans un plan quinquennal, afin de garantir sa cohérence, sa continuité et son évaluation dans le temps. Ce plan doit tenir compte des nouvelles technologies, des évolutions scientifiques, des changements sociétaux, des possibilités économiques de la Nation, ainsi que de la situation démographique et politique. Il doit permettre d'anticiper les transformations du système de santé plutôt que de les subir et éviter que des décisions successives, prises dans l'urgence ou à court-terme, ne se contredisent ou ne fragilisent davantage l'organisation des soins.

Les grandes réformes sanitaires devront être précédées d'une évaluation de leurs conséquences sur :

- l'accès aux soins,
- la qualité des soins,
- l'indépendance professionnelle,
- les inégalités territoriales,
- le temps médical disponible,

- le temps de non-soin imposé aux professionnels,
- l’attractivité des territoires,
- la liberté d’installation et la liberté d’exercice,
- la soutenabilité économique des cabinets et établissements,
- les écarts de financement entre établissements assurant des missions comparables,
- la capacité des établissements indépendants à investir, recruter et maintenir leur activité,
- l’adaptation du système aux nouvelles technologies et aux évolutions scientifiques,
- les changements sociétaux et leurs conséquences sur les besoins de santé,
- la situation démographique, économique et politique du pays

Toute réforme devra comporter :

- des objectifs précis,
- un calendrier inscrit dans un plan au moins quinquennal,
- une évaluation indépendante,
- une clause de révision ou d’abandon en cas d’échec,
- une évaluation de son impact sur la diversité des acteurs et sur le risque de concentration financière,

- Une actualisation régulière tenant compte des progrès technologiques, des évolutions scientifiques, des changements sociétaux, des possibilités économiques et de la situation démographique et politique.

La puissance publique doit être responsable des résultats des politiques qu'elle impose.

Lorsqu'un objectif de réduction du temps de non-soin, d'amélioration de l'accès aux soins, de simplification administrative ou d'équité de financement n'est pas atteint, les structures publiques responsables doivent en assumer les conséquences financières et les soignants doivent être compensés pour le temps perdu et les contraintes subies.

La santé ne se satisfait pas du court-termisme : toute réforme doit s'inscrire dans une vision pluriannuelle, au minimum quinquennale, cohérente avec les évolutions technologiques, scientifiques, sociétales, économiques, démographiques et politiques.

Plus aucune réforme du système de santé ne doit être construite sans ceux qui soignent et ceux qui sont soignés.

Notre demande aux candidats à la présidence de la République

L'UFML-S demande à chaque candidat à la présidence de la République de se prononcer clairement sur ces dix engagements.

Nous ne demandons pas des promesses supplémentaires.

Nous demandons des choix.

Nous demandons notamment :

- le regroupement de l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire en une grande Sécurité Sociale solidaire.
- la garantie de la liberté d'installation et le refus du conventionnement sélectif,
- la défense de la rémunération à l'acte comme socle de l'exercice libéral,
- la reconnaissance de la valeur réelle du soin,
- la création d'un secteur conventionnel unique à honoraires libres avec le maintien des protections économiques solidaires nécessaires pour les patients,
- le retour au remboursement des prescriptions des médecins exerçant en secteur 3,
- un exercice conventionné fondé sur un contrat socle clair, stable et réciproque, incluant la prise en charge d'une part des cotisations sociales,
- l'interdiction des décisions unilatérales de l'Assurance maladie et la garantie d'une négociation loyale, documentée et équilibrée,
- la reconnaissance de l'aménagement du territoire comme une priorité nationale et la mise en œuvre d'une politique de rééquilibrage des services, des emplois, des transports et des équipements,

- la création de SMR polyvalents territoriaux et de pôles de santé associant soins, enseignement et formation,
- la reconnaissance et la juste rémunération des visites à domicile, en tenant compte du temps de trajet, de la complexité des situations et de la coordination nécessaire,
- le développement d'organisations territoriales facilitant les visites à domicile sans imposer une obligation générale de déplacement aux médecins,
- la coopération réelle entre public et privé et un financement équitable des établissements assurant les mêmes missions,
- la préservation d'un tissu d'établissements indépendants contre la financiarisation,
- la mise en place d'une priorisation fondée sur le temps sans médecin et d'outils permettant d'actualiser la composition des patientèles,
- la réduction contractuelle et mesurable du temps de non-soin,
- la compensation des soignants lorsque la puissance publique ne respecte pas ses engagements.

Ces engagements forment un ensemble cohérent : ils visent à restaurer la liberté professionnelle, à rapprocher les soins des patients, à soutenir les territoires et à garantir une gouvernance fondée sur la responsabilité et la transparence.

Parce que reconstruire notre système de santé nécessitera du temps, du courage et une transformation profonde de sa gouvernance.

Parce que la médecine française ne pourra pas être reconstruite contre les professionnels qui la font vivre.

Parce qu'un système de santé n'existe que pour une raison :

SOIGNER.

UFML-S — Union Française pour une Médecine Libre — Syndicat



UFML-Syndicat - Pacte pour la santé - Novembre 2026