

ÉLECTION  
PRÉSIDENTIELLE  
2017



LES RÉPONSES  
DES CANDIDATS

**FHP** FÉDÉRATION DE  
L'HOSPITALISATION  
PRIVÉE

# SOMMAIRE

## **L'organisation de l'offre de soins sur nos territoires**

Les réponses de François Fillon - page 4  
Les réponses d'Emmanuel Macron - page 5

## **Quelle couverture des soins pour demain ?**

Les réponses de François Fillon - page 8  
Les réponses d'Emmanuel Macron - page 9

---

## **La réforme des financements**

Les réponses de François Fillon - page 11  
Les réponses d'Emmanuel Macron - page 12

## **L'innovation en santé**

Les réponses de François Fillon - page 14  
Les réponses d'Emmanuel Macron - page 16

---

## **La transparence et l'éthique du système**

Les réponses de François Fillon - page 19  
Les réponses d'Emmanuel Macron - page 19

## **L'équité entre les acteurs et la réforme de la LFSS**

Les réponses de François Fillon - page 21  
Les réponses d'Emmanuel Macron - page 24

## **La fin des mesures pénalisantes**

Les réponses de François Fillon - page 26  
Les réponses d'Emmanuel Macron - page 26

---

## **Les réponses des autres candidats**

La réponse de Marine Le Pen - page 27  
La réponse de Benoît Hamon - page 27  
La réponse de Jean-Luc Mélenchon - page 27

## **Liens vers les programmes et pages santé des candidats**

# L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS SUR NOS TERRITOIRES

## LES QUESTIONS

**QUELLE PLACE ET QUELLES MISSIONS COMPTEZ-VOUS DONNER AUX 1.030 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS, QUI SOIGNENT CHAQUE ANNÉE 9 MILLIONS DE PERSONNES EN FRANCE ?**

---

**QUELLE GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ SOUHAITEZ-VOUS PRIVILÉGIER, AFIN QUE CELUI-CI RECONNAISSE ET ASSOCIE TOUS LES ACTEURS HOSPITALIERS, PUBLICS COMME PRIVÉS, ET LA MÉDECINE LIBÉRALE, ASSEMBLÉS AU SERVICE DU PATIENT ?**

---

**QUELLE EST VOTRE CONCEPTION D'UN VÉRITABLE SERVICE DE SANTÉ AU PUBLIC ?**

---

**QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT), ET QUELLE POLITIQUE DE SANTÉ VOULEZ-VOUS PRIVILÉGIER DANS LES TERRITOIRES, POUR ENCOURAGER LA COOPÉRATION DE TOUS AU SERVICE DU PATIENT ET VALORISER LES INITIATIVES DE TERRAIN ?**



**FRANÇOIS**

**FILLON**

**” JE CROIS PROFONDÉMENT QUE LA PLURALITÉ ENTRE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET L'HOSPITALISATION PRIVÉE À BUT LUCRATIF ET NON LUCRATIF EST UNE CHANCE POUR LA FRANCE. ”**

Cette diversité des établissements de santé est une chance pour notre système de soins mais ce modèle original est aujourd'hui menacé : rien n'a été fait depuis 2012 pour encourager les complémentarités entre établissements de santé privés et publics. Le pouvoir socialiste n'a pas cessé de mettre des obstacles à la participation du secteur privé à l'exercice des missions de service public, alors même que de nombreux établissements de santé privés seraient prêts à en assumer les devoirs.

---

**” EN DÉPIT DES FLOTTEMENTS, DES ERREURS ET DES INDÉCISIONS DU POUVOIR SOCIALISTE, LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL ONT POURTANT TENU BON DEPUIS 2012. JE VEUX LEUR RENDRE UN HOMMAGE VIBRANT. ”**

Leur dévouement quotidien au service de nos concitoyens force l'admiration. Nous devons entendre leur exaspération, exprimée encore très récemment par les médecins et les professionnels paramédicaux, si nous voulons assurer l'avenir de notre système de santé. C'est pourquoi, le changement le plus radical que je propose en matière de santé, c'est celui de la méthode. Je veux passer de l'autoritarisme à la confiance dans les professionnels, de la centralisation à la valorisation de l'autonomie, de la bureaucratie à la stimulation des initiatives et de l'innovation. Et cette méthode du dialogue et du rassemblement que j'ai voulu retenir, je continuerai résolument à la suivre en prolongeant la concertation ouverte par l'organisation des Etats généraux de la Santé dès la première année du quinquennat.

---

**” JE CONVERTIRAI LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE EN GROUPEMENTS DE SANTÉ DE TERRITOIRE OUVERTS AUX MÉDECINS DE PROXIMITÉ ET AUX ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS. ”**

Pour répondre au défi de l'accessibilité des soins pour les Français, je propose un choix clair : je veux donner la priorité à la médecine de proximité et faire confiance à celles et ceux qui font le choix de l'exercice en libéral. Je suis particulièrement attaché à la liberté de choix des patients de leur médecin et de leur établissement de santé, qu'il soit public ou privé. Nous défendons farouchement la liberté d'exercice du personnel médical, car ce sont les principes fondamentaux de la médecine libérale qui ont permis la construction de notre système de santé auquel les Français sont légitimement très attachés. Par « liberté », j'entends une liberté « réelle » d'exercice permise par une rémunération juste, conforme au mérite des professionnels de santé. Afin de sortir de la logique exclusivement hospitalo-centrée qui a prévalu depuis 2012, je convertirai les groupements hospitaliers de territoire en groupements de santé de territoire ouverts aux médecins de proximité et aux établissements privés. Cela permettra au secteur public de poursuivre et amplifier le mouvement de recomposition engagé mais dans une logique beaucoup plus ouverte à l'ensemble des acteurs de soins d'un territoire de santé donné.



**EMMANUEL**

**MACRON**

**” LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS ONT ÉVIDEMMENT TOUTE LEUR PLACE DANS NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ! ”**

Qu'il s'agisse de permettre l'accessibilité géographique aux soins, d'offrir des soins de qualité, le secteur privé est précieux, comme le sont d'ailleurs les secteurs privés à but non lucratif et le secteur public. Il ne doit y avoir aucune ambiguïté là dessus.

---

**” CONCERNANT LA GOUVERNANCE, IL Y A UN PROBLÈME D'ARTICULATION ENTRE L'ÉTAT ET L'ASSURANCE MALADIE. IL FAUT CLARIFIER LES RÔLES AU NIVEAU CENTRAL ET FAIRE DESCENDRE D'UN CRAN LA RÉGULATION, VERS DAVANTAGE DE DÉCONCENTRATION. ”**

On enregistre des progrès dans certains domaines mais globalement la dichotomie demeure ville / hôpital, assurance maladie/Etat, médical/médico-social. La tarification, les outils, les programmes sont différents, quand ils ne sont pas redondants. Difficile, par exemple, d'organiser le fameux « virage ambulatoire » dans ces conditions. Les Agences régionales de santé ont été créées pour rapprocher les acteurs à l'échelon régional. Elles ont porté des progrès dans certains domaines mais pas fondamentalement changé les choses quant à la césure ville-hôpital. A cela s'ajoute le fait que la relation entre l'administration centrale et les agences régionales ne laisse pas à celles-ci les marges de manœuvre dont elles auraient besoin pour remplir leurs missions. Cela vaut tant sur le plan des financements à leur main que sur le plan des textes (cf. le déversement des instructions au quotidien). Il faut donc clarifier les rôles au niveau central et faire descendre d'un cran la régulation, vers davantage de déconcentration. Il n'est pas raisonnable, pour ne prendre que cet exemple, que le Fonds d'intervention régional, pourtant déjà modeste en termes de masse financière, soit pour une grande part composé de crédits fléchés sur lesquels les ARS n'ont pas la capacité d'agir.

---

**” LES PARTENAIRES PRIVÉS SE SONT MONTRÉS ACTIFS, ILS ONT CONDUIT DES RESTRUCTURATIONS TRÈS FORTES EN LEUR SEIN. ”**

Les grands services publics en réseau (électricité, transports, communications...) ont affronté depuis des années la question de la définition du service public dans des contextes marqués notamment par d'intenses innovations. Ils ont du coup bâti un cadre de régulation et des outils modernes pour faire vivre le service au public, se rapprocher des usages et assurer une qualité plus grande. Dans le secteur de la santé, on a bien souvent repoussé ces questionnements sur le service public et on n'a donc pas fait cet apprentissage. Les partenaires privés se sont montrés actifs, ils ont conduit des restructurations très fortes en leur sein ; ils ont développé des partenariats avec le secteur public, sans que l'on se préoccupe vraiment d'énoncer et de faire vivre les règles d'une régulation économique équilibrée, et sans en tirer de conséquences en termes de gouvernance.

---

## **” LES GHT DEVRONT S'OUVRIR SUR LES ACTEURS DU TERRITOIRE ”**

Les GHT ont deux vertus : ils prennent en charge la dimension territoriale et ils sont censés exprimer la vision des acteurs de terrain à travers le projet médical. Ils ont une troisième vertu, qui recouvre leur vocation première : celle d'organiser une reconfiguration du secteur public, la mutualisation et la rationalisation d'un certain nombre de fonctions au sein de la sphère publique. Mais au-delà de cette approche centrée sur soi-même, les GHT devront s'ouvrir sur les acteurs du territoire : le secteur privé libéral ou hospitalier, le privé non lucratif, le médico-social, l'hospitalisation à domicile... Le projet médical doit être réellement partagé à l'échelle du territoire. Il ne s'agit pas d'organiser l'expansion de l'hôpital sur la ville à travers les GHT.

# QUELLE COUVERTURE DES SOINS POUR DEMAIN ?

## LES QUESTIONS

QUE PRÉCONISEZ-VOUS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE  
SOLIDAIRE DES SOINS ?

---

QUELLES VOIES CONVIENT-IL DE PRENDRE POUR BÂTIR UN NOUVEAU  
PARTENARIAT ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LES COMPLÉMENTAIRES  
SANTÉ ?

---

QUE PROPOSEZ-VOUS POUR PARVENIR À TENDRE VERS UN RESTE À  
CHARGE ZÉRO POUR LE PATIENT ?



**FRANÇOIS**

**FILLON**

**” IL EXISTE ENCORE DES TROUS DANS NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION À L'ORIGINE DE NOMBREUX RENONCEMENTS AUX SOINS. ”**

Ce n'est pas acceptable. Je vise donc, d'ici à 2022, un « reste à charge » zéro pour les dépenses de santé les plus coûteuses pour les ménages (optique, prothèses dentaires, audioprothèses et dépassements d'honoraires), grâce à un nouveau partenariat entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires.

---

**” CE PARTENARIAT RECONNAÎTRA LE RÔLE CLÉ QUE DOIVENT JOUER LES COMPLÉMENTAIRES DANS LA COUVERTURE SOLIDAIRE DES DÉPENSES DE SANTÉ .”**

Pour faire vivre ce nouveau partenariat, je créerai une « Agence de garantie de la couverture solidaire des dépenses de santé ». Elle veillera à l'amélioration de la prise en charge des dépenses de santé, au meilleur coût pour les assurés. Je ferai contrôler par l'Agence l'évolution des cotisations des complémentaires, la maîtrise de leurs frais de gestion, la clarté des contrats, ainsi que la qualité et la sécurité des prestations remboursées.

Les discussions que j'ai menées avec les représentants des complémentaires et des professionnels de santé me laissent penser que le « reste à charge 0 » est un objectif atteignable tout en maîtrisant l'évolution des cotisations des complémentaires. Pour y parvenir, un partage de l'effort entre l'assurance maladie et les complémentaires sera nécessaire. L'assurance maladie prendra intégralement en charge les lunettes pour enfants. De leur côté, les complémentaires pourront intervenir davantage pour les catégories de dépenses pour lesquelles elles assurent déjà aujourd'hui une part du financement bien supérieure à celle de l'assurance maladie. L'amélioration des conditions de remboursement montera en charge progressive sur 5 ans pour permettre aux financeurs de l'absorber plus facilement. Il faut également réfléchir au type de lunettes, prothèses et audioprothèses qui doivent être remboursées. Enfin, il faut continuer à essayer de faire baisser les prix des dispositifs concernés. Les complémentaires agissent déjà dans ce domaine mais il existe encore des marges de manœuvre qui doivent permettre de concilier une limitation du reste à charge et un bon niveau de rémunération des professionnels.

---

**” JE SUIS CONVAINCU QU'UN ACCORD ENTRE L'ASSURANCE MALADIE, LES COMPLÉMENTAIRES, LES CLINIQUES PRIVÉES ET LES LIBÉRAUX EST POSSIBLE POUR OBTENIR UN ” RESTE À CHARGE 0 ” D'ICI À 2022 .”**

Sur ce sujet, je n'agirai pas de façon autoritaire, contrairement au Gouvernement actuel. Je commencerai par revenir sur le plafonnement de leur remboursement dans les contrats responsables, qui est inefficace pour les limiter et qui a dégradé le montant des remboursements pour les assurés. Enfin, je veux faciliter l'accès des seniors à une assurance complémentaire de qualité en améliorant l'aide à l'acquisition d'une couverture santé (ACS) pour les personnes âgées qui voient leurs dépenses de santé et le coût d'une complémentaire augmenter fortement avec l'âge.



**EMMANUEL**

**MACRON**

## **” NOUS PRENONS L'ENGAGEMENT DE NE DÉREMBOURSER AUCUN SOIN UTILE DURANT LE QUINQUENNAT. ”**

Le monde des complémentaires santé est en plein bouleversement. La campagne pour l'élection présidentielle a été l'occasion de faire émerger plusieurs scénarios d'articulation entre régime de base et complémentaires, dont la fameuse et bien peu raisonnable séparation « petits risques » / « gros risques » de François Fillon. Nous prenons l'engagement de ne dérembourser aucun soin utile durant le quinquennat. Nous prenons également l'engagement de supprimer le reste à charge sur les soins auditifs, optiques, et dentaires.

S'agissant de la couverture des usagers par une complémentaire santé, la situation est instable : la généralisation de la complémentaire d'entreprise à partir de janvier 2016 a provoqué des bouleversements dont on n'a pas encore mesuré tous les impacts. Par ailleurs, beaucoup de publics parmi les plus fragiles ne bénéficient pas de cette généralisation des complémentaires santé. Enfin, si nous ouvrons un champ d'intervention nouveau pour les complémentaires, dans le cadre de la révolution de la prévention que nous souhaitons conduire, nous n'ouvrons pas la porte à des réseaux de soins qui incluraient des médecins ou contraindraient des usagers.

---

## **” NOUS ENTENDONS PRÉSERVER LE SYSTÈME PROTECTEUR DES ALD ET TRAITER LA QUESTION DU RESTE-A-CHARGE. ”**

Nous avons dit clairement que nous ne procéderions à aucun déremboursement de ce qui est médicalement utile. Nous entendons aussi préserver le système protecteur des ALD (affections de longue durée) et traiter la question du reste-a-charge élevé qui perdure malgré tout et se trouve légitimement dénoncé par les associations d'usagers.

Le poids des maladies chroniques augmente la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Ce phénomène structurel, pas complètement intuitif, est souvent venu compenser des politiques de déremboursement, plus ou moins assumées. C'est évidemment une contrainte de financement qui oblige à s'assurer en permanence de la pertinence des soins. Mais c'est aussi une façon de préserver les caractéristiques de notre système solidaire.

---

## **” NOUS AVONS ANNONCÉ NOTRE VOLONTÉ DE TENDRE, À L'HORIZON 2022, VERS UNE PRISE EN CHARGE À 100% POUR L'OPTIQUE, LE DENTAIRE ET L'AUDITION. ”**

Nous avons annoncé notre volonté de tendre, à l'horizon 2022, vers une prise en charge à 100% pour l'optique, le dentaire et l'audition, trois secteurs aux caractéristiques très différentes. Précisons-le d'emblée : quand on dit 100%, c'est régime de base + complémentaires. Dans le domaine de l'optique, l'objectif n'est pas très éloigné. C'est déjà le cas pour certaines garanties collectives. Il va falloir travailler avec les professionnels et les assureurs complémentaires à

étendre le bénéfice de telles garanties. Dans le domaine bucco- dentaire, il faut revoir le modèle économique de la prise en charge des soins conservateurs et des soins prothétiques. Il faut investir dans un effort de prévention massif et traiter les problèmes de court terme autour du reste-a-charge très élevé, qui conduit à un renoncement aux soins. Les pouvoirs publics ne fuiront pas leurs responsabilités. Quant au secteur de l'audition, il a bénéficié de quantité de travaux d'analyses et de propositions depuis quelques mois, dans lesquels nous puiserons pour tenir nos engagements. C'est un secteur où les innovations sont prégnantes et où les marges d'action semblent importantes.

---

**” IL FAUT TRAVAILLER LA RÉPARTITION DES RÔLES ENTRE RÉGIME DE BASE ET COMPLÉMENTAIRES POUR RENDRE LE SYSTÈME PLUS LISIBLE, PLUS PERFORMANT ET MOINS COÛTEUX. ”**

On l'a dit plus haut, il faut savoir reconnaître l'intérêt de certains dispositifs (tels que le système des ALD), les améliorer quand c'est nécessaire, travailler la répartition des rôles entre régime de base et complémentaires pour rendre le système plus lisible, plus performant et moins coûteux. Sur ces sujets du financement, il faut toujours avoir comme garde-fou les effets latéraux non anticipés de telle ou telle réforme, en particulier en termes de renoncement aux soins.

# LA RÉFORME DES FINANCEMENTS

## LES QUESTIONS

**QUELLES SONT LES BASES D'UNE RÉFORME EFFICACE ET PERTINENTE DU FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ? QUELS PRINCIPES COMPTEZ-VOUS PRIVILÉGIER POUR BÂTIR CETTE RÉFORME ?**

---

**QUELLE EST VOTRE POSITION SUR LE FINANCEMENT À LA QUALITÉ ?**

---

**LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR) A ÉTÉ IMPOSÉE SANS CONCERTATION NI VISIBILITÉ. QUELLES ÉVOLUTIONS ENVISAGEREZ-VOUS SUR CE SUJET ?**



**FRANÇOIS**

**FILLON**

**” LE DOSSIER DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ A ÉTÉ CONDUIT EN DÉPIT DU BON SENS. ”**

Il est absolument absurde - comme le fait actuellement le pouvoir socialiste - de s'agiter pour donner le sentiment que le sujet est traité. Soit il s'agit de ronds dans l'eau avec la remise très tardive d'un rapport par essence inapplicable, soit il s'agit d'une improvisation très fâcheuse comme nous le voyons en ce moment avec la réforme absurde qui pénalise le financement des hôpitaux de jour alors que les établissements de santé doivent, au contraire, être encouragés à développer l'ambulatoire. Je sais que les établissements de santé privés sont en avance sur le sujet et je ne voudrais surtout pas qu'ils soient pénalisés parce qu'ils sont innovants sur le plan organisationnel.

---

**” NOUS DEVONS NATURELLEMENT ÉLARGIR LES INCITATIONS FINANCIÈRES À LA QUALITÉ MAIS SANS REMETTRE EN CAUSE UN PRINCIPE DE FINANCEMENT T2A MAJORITAIRE. ”**

Ce dernier a fait ses preuves pour permettre aux établissements de développer leurs projets et je ne souhaite pas que l'on revienne à l'époque des dotations forfaitaires paralysantes pour les établissements dynamiques.

---

**” JE PARTAGE VOTRE APPRÉCIATION SUR LE MANQUE DE MÉTHODE DANS LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION... ”**

même si l'introduction d'une dose de financement à l'activité me semble fondé pour permettre aux établissements de développer leurs projets. Sur ce sujet comme sur l'ensemble des dossiers relatifs à l'évolution du financement des établissements de santé je souhaite que l'on revienne à un principe réel de dialogue de confiance avec les représentants des professionnels dans le cadre des états généraux de la santé que j'organiserai à la fin de l'année 2017.



**EMMANUEL**

**MACRON**

**” A CÔTÉ DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ, IL NOUS FAUT EXPÉRIMENTER LA TARIFICATION À L'ÉPISODE ET LA TARIFICATION AU PARCOURS. ”**

La tarification à l'activité a représenté un progrès lorsqu'elle a été mise en œuvre dans les années 2000. Ce n'est pas parce qu'on entend aujourd'hui réduire la part de T2A dans le financement que l'on méconnaît l'intérêt de la liaison financement - activité. Nous disons simplement que cette règle ne saurait être exclusive, surtout si elle ne permet pas l'émergence d'innovations organisationnelles dont on vante par ailleurs les mérites. A côté de la tarification à l'activité, il nous faut expérimenter la tarification à l'épisode (pour les actes chirurgicaux lourds ou les soins médicaux aigus nécessitant une prise en charge en amont et en aval et la mobilisation des professionnels de ville comme de leurs homologues hospitaliers) et la tarification au parcours pour la prise en charge des maladies chroniques. Voilà un beau moyen de décloisonner ville et hôpitaux !

---

**” NOUS AVONS COLLECTIVEMENT DES PROGRÈS À FAIRE POUR RENDRE COMPTE DE LA QUALITÉ. ”**

Le recueil de l'expérience des patients doit progresser. Il en va de même côté soignants, en matière de conditions de travail et d'appréciation de la qualité des soins. Nous avons enfin besoin d'indicateurs cliniques de qualité fondés sur les résultats et non pas seulement sur l'analyse des processus. Avant que d'envisager un financement à la qualité, efforçons nous d'abord de mettre en place les dispositifs de recueil d'information, de colliger les résultats sur la qualité et de les diffuser dans des conditions appropriées. Ces travaux sont compatibles bien sûr avec la poursuite du déploiement de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité.

---

**” CERTAINS MODES DE FINANCEMENT GAGNERAIENT À TENIR COMPTE D'UN SOCLE DE DÉPENSES, LIÉES À DES COÛTS FIXES, TOUT EN CONSERVANT UNE PART VARIABLE LIÉE À L'ACTIVITÉ. ”**

Il en va aussi du secteur SSR, dont les modalités de financement devront donc évoluer. Il était cependant important de permettre à l'ensemble des établissements de pouvoir bénéficier d'un financement dynamique des SSR.

# L'INNOVATION EN SANTÉ

## LES QUESTIONS

**QUELLE POLITIQUE PUBLIQUE METTREZ-VOUS EN ŒUVRE POUR PROMOUVOIR L'INNOVATION EN SANTÉ, MÉDICALE, TECHNOLOGIQUE ET ORGANISATIONNELLE, ET SIMPLIFIER SON ACCÈS ET SA DIFFUSION ?**

---

**COMMENT IMPULSER DES MODALITÉS DE FINANCEMENT QUI SOIENT PLEINEMENT ADAPTÉES AU DÉVELOPPEMENT DE L'INNOVATION ET DE LA RECHERCHE ?**

---

**COMMENT FAIRE DE LA SANTÉ UN SECTEUR FACTEUR DE CROISSANCE ET DE RICHESSE ?**

---

**QUELLES MESURES POUR REPENSER LES ÉTUDES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES ?**



**FRANÇOIS**

**FILLON**

## **” IL'INNOVATION EN SANTÉ EST INDISSOCIABLE DU PROGRÈS MÉDICAL. ”**

Elle prend sa source dans la révolution scientifique et technologique que connaissent aujourd'hui le numérique, la génomique, les biotechnologies, l'imagerie... L'innovation plus ouverte que jamais se nourrit de la recherche et du développement et d'une coopération entre secteur public, secteur privé et secteur industriel. En santé l'innovation doit en outre concerner la prise en charge organisationnelle des patients.

A cette fin, je veillerai à redonner toute la place qui leur revient aux établissements de santé privés dans une logique de complémentarité avec le secteur public : missions de service public ; transformation des groupements hospitaliers de territoire en groupements de santé de territoire pour faciliter l'intégration dans ces groupements des cliniques privées ; ouverture sur la

médecine libérale ; révision des dispositions sur les bénéfiques « raisonnables » et sur la dégressivité tarifaire qui pénalisent les établissements les plus efficaces au profit d'une tarification guidée par la promotion de qualité et la transparence.

---

## **” LE PREMIER IMPÉRATIF POUR PERMETTRE À L'INNOVATION DE SE DÉPLOYER EST ÉCONOMIQUE. ”**

Il faut dégager des marges de manœuvre pour la financer. Pour garantir l'accès pour tous à l'innovation, il conviendra donc de dégager des marges de manœuvre par des économies substantielles en favorisant l'usage des génériques, en limitant les médicaments inutiles et les prescriptions redondantes et en luttant contre les fraudes. La qualité est vertueuse : c'est ce que mon projet pour la santé a inscrit dans le « Mieux prévenir et mieux soigner ».

---

## **” LA RÉVOLUTION NUMÉRIQUE EST UNE FORMIDABLE SOURCE D'INNOVATIONS EN SANTÉ. ”**

Je m'engage à développer télésanté, télémedecine, dossier médical personnel partagé, prescriptions, échanges de données médicales. Je mettrai en place une politique ambitieuse d'open data et d'applications pour une « santé connectée » pour permettre à l'ensemble des acteurs publics et privés du système de santé de mieux se coordonner, de cibler leurs actions et d'en maîtriser les dépenses. A la fin du quinquennat, une offre de téléconsultation sera disponible en tout point du territoire. Dans ce but, nous garantirons un remboursement incitatif des actes de télémedecine par l'assurance maladie qui soit adapté à une prise en charge pluridisciplinaire.

Accélérer la diffusion des innovations passe par un allègement des contraintes réglementaires et normatives qui pèsent sur leur déploiement. C'est indispensable ! Je le proposerai, dans le cadre d'un dialogue renouvelé avec les différents acteurs concernés. Nous pourrions ainsi accompagner le mouvement de recomposition de l'offre de soins tout en renforçant l'accessibilité des soins, et générer des gains de qualité et d'efficience.

## **” LA SANTÉ EST UN SECTEUR EN PLEINE MUTATION EST UN ÉLÉMENT CLÉ POUR L'INDÉPENDANCE SANITAIRE DU PAYS, LA CROISSANCE ET L'EMPLOI. ”**

La France ne peut rester à l'écart de ces enjeux médicaux, scientifiques et industriels. Il faut donc soutenir l'innovation dans tous les domaines (biotechnologies, étude du génome, thérapies cellulaires et géniques, biotechnologies réparatrices) et renforcer les échanges avec l'étranger pour revenir au cœur du marché de la santé. Je m'engage donc à faire de la santé un facteur de souveraineté et de croissance pour la France.

Pour exister sur la scène internationale, nous devons également être capables d'exporter notre savoir-faire. Malgré ses atouts, la France ne parvient pas à exporter son modèle de santé car il souffre d'une réglementation inadaptée et trop rigide nuisant à la conclusion de marchés internationaux. En terme de formation, le constat est encore pire, il est impossible pour les facultés de médecine françaises de facturer les études médicales des étudiants étrangers. Mes propositions pour faire de la santé un fleuron national sont les suivantes :

- Consolider et moderniser notre modèle hospitalo-universitaire en y associant les hôpitaux privés.
- Créer un label « Hôpital France » à l'image des lycées capable de valoriser l'ensemble des savoir-faire hospitaliers français.
- Renouer avec l'excellence de la recherche pour qu'elle redevienne le fer de lance de l'innovation.
- Créer une filière « biotechs » et « medtechs » et faire de la France un leader dans ce domaine.
- Investir dans les traitements massifs de données de santé.
- Favoriser l'accès au marché des produits innovants.
- Faire de la diplomatie économique un véritable atout à l'international.
- Conclure un partenariat stable et équilibré avec les industries de santé.

---

## **” POUR CE QUI EST DES ACTEURS PROFESSIONNELS , IL NOUS FAUT REVOIR L'ENSEMBLE DES FORMATIONS EN SANTÉ ET LA SÉLECTION. ”**

Nous devons prendre en compte les nouveaux besoins de santé publique, la répartition territoriale, le développement des nouvelles technologies et de la télémédecine, l'organisation des parcours de soins, le juste équilibre entre médecine générale et spécialités, le partage et la complémentarité des compétences. Le numerus clausus comme les épreuves classantes de fin d'études prendront en compte les réalités régionales.

Les complémentarités entre professionnels de santé sont nombreuses, nous devons être capables de décloisonner leurs pratiques. Ce thème sera donc à l'ordre du jour des Etats généraux de la santé que nous organiserons fin 2017 / début 2018.

Enfin, la validation des études effectuées à l'étranger devra faire l'objet d'une validation spécifique compatible avec les exigences des formations dispensées en France, pour être certain que les professionnels de santé qui exerceraient avec un diplôme étranger soient soumis à une exigence de qualité identique à celle demandée aux diplômés français.



**EMMANUEL**

**MACRON**

**” NOUS AVONS PRÉVU UN PLAN PLURIANNUEL D'INVESTISSEMENTS DE 5 MILLIARDS D'EUROS POUR DONNER L'IMPULSION NÉCESSAIRE EN MATIÈRE D'INNOVATIONS ET D'INFRASTRUCTURES... ”**

...et permettre aux acteurs d'avoir une visibilité suffisante, au-delà de l'annualité budgétaire. Au titre des LFSS annuelles, nous entendons aussi éclairer le moyen terme en fixant l'ONDAM à 2,3% sur la durée du quinquennat. Une première, qui permettra d'envisager des réformes de structure, même si ces réformes ont un coût, dès lors qu'on confère de la visibilité aux acteurs.

Il nous faut établir un dialogue dans la durée avec les firmes investies dans les biens de santé et les dispositifs médicaux.

Il est en effet important de gagner en visibilité et en capacité d'anticipation de part et d'autre sur les innovations à venir et sur les politiques de financement. Face aux stratégies prédatrices (en termes de prix) que l'on a vu apparaître ces dernières années pour certains traitements, les Etats doivent renforcer leur pouvoir de marché en faisant front commun, notamment à l'échelle européenne mais aussi en régulant leurs relations avec les firmes dans la durée, pour valoriser au mieux ce qui mérite de l'être et obtenir des compensations en prix sur les molécules plus anciennes.

Mais l'innovation est aussi organisationnelle. Elle concerne au premier chef le secteur hospitalier mais aussi l'articulation hôpital-ville. Pas plus dans ce registre qu'en matière industrielle, l'innovation ne se décrète. Elle est l'affaire des opérateurs économiques, auxquels les pouvoirs publics doivent simplement apporter visibilité en pluriannuel, stabilité des règles et équité.

---

**” IL FAUT RENFORCER SANS CESSÉ L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ ET DE L'IMPACT MÉDICO-ÉCONOMIQUE. ”**

Du côté de la demande, il n'y a pas de doute que les besoins sont là et vont aller croissant, en lien avec le vieillissement de la population, avec la progression des maladies chroniques, avec les attentes sociales... mais aussi bien entendu en réponse aux innovations. Chacun entend légitimement disposer des derniers médicaments et des équipements efficaces. La question qui se pose à partir de là est celle du financement : comment faire en sorte que le financement socialisé soit équitablement réparti et que les préoccupations budgétaires ne brident pas ou ne retardent pas indument les innovations ?

Il faut renforcer sans cesse l'évaluation de la qualité et de l'impact médico-économique, y compris lorsque les prises en charge deviennent plus complexes. Il faut une politique des prix et des nomenclatures dynamiques pour s'assurer de suivre le rythme du progrès. Il faut en outre que les dispositions en matière de planification et d'autorisation d'équipement soient correctement ajustées et elles aussi dynamiques pour ne pas retarder inutilement l'introduction d'innovations pouvant se révéler performantes et efficaces.

## **” EN MATIÈRE DE FORMATION, IL FAUT À LA FOIS MOBILISER L'ENSEMBLE DES ACTEURS RÉGIONAUX ET LEUR LAISSER DAVANTAGE D'AUTONOMIE. ”**

Les études médicales évoluent sur des pas de temps très longs : l'on pense par exemple au temps qu'il a fallu pour mettre en place la réforme du troisième cycle (en cours de déploiement). Cette difficulté à porter la réforme est en contradiction avec un environnement en plein bouleversement. Les « monuments » que représentent le *numerus clausus* et les examens classants apparaissent tout aussi décalés dans un environnement globalisé, où les trajectoires professionnelles et les carrières changent à toute vitesse. Alors il n'y a pas d'autres choix que de gagner en agilité, en diversité (par exemple pour ce qui est des terrains de stage), en proximité (pour apprécier les besoins et les capacités de formation). Il faut à la fois mobiliser l'ensemble des acteurs régionaux et leur laisser davantage d'autonomie.

S'agissant des formations paramédicales, on progresse dans la voie de l'universitarisation, processus devenu largement consensuel et opportunité à saisir pour porter les coopérations interprofessionnelles, permettre la montée en compétences des professionnels, développer des filières complètes allant jusqu'à la recherche.

# LA TRANSPARENCE ET L'ÉTHIQUE DU SYSTÈME

## LA QUESTION

COMMENT REMÉDIER À CETTE ABSENCE DE TRANSPARENCE DANS LA DÉCISION PUBLIQUE, ET PLUS LARGEMENT COMMENT MORALISER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE ?



**FRANÇOIS**  
**FILLON**

**” NOUS DEVONS ACCROÎTRE LA  
TRANSPARENCE D'ENSEMBLE DE NOTRE  
SYSTÈME DE SANTÉ ET POURSUIVRE LA LUTTE  
CONTRE LES CONFLITS D'INTÉRÊT. ”**

Le principe vaut d'ailleurs également s'agissant des modalités de construction des programmes proposés aux Français dans le domaine de la santé. Comme vous le savez, j'ai porté, avec Xavier BERTRAND, une loi établissant des règles de transparence très fortes s'agissant du médicament suite à l'affaire du Mediator. Je crois, comme vous, que nous pouvons sans doute aller plus loin s'agissant de l'organisation du système de soins dans son ensemble. Je réserverai donc un examen particulièrement attentif à vos propositions en la matière.

---



**EMMANUEL**  
**MACRON**

**” LA DISSOCIATION DES RÔLES A DU MAL  
À S'IMPOSER, ALORS QU'ELLE EST DE RÈGLE  
DANS BIEN DES SECTEURS D'ACTIVITÉ. ”**

Dans certains cas – vous direz sans doute, dans de nombreux cas - l'État et ses représentants sur le territoire se veulent à la fois et simultanément stratège, tutelle, planificateur, financeur, employeur... La dissociation des rôles a du mal à s'imposer, alors qu'elle est de règle dans bien des secteurs d'activité, où l'on a su distinguer aux différents échelons autorités organisatrices, régulateur, opérateur... C'est un chantier que nous ouvrirons, en pleine concertation avec l'ensemble des parties prenantes.

---

# L'ÉQUITÉ ENTRE LES ACTEURS ET LA RÉFORME DE LA LFSS

## LES QUESTIONS

**VOUS ENGAGEZ-VOUS À GARANTIR L'ÉQUITÉ DE TRAITEMENT ET L'ÉGALITÉ DE DEVOIRS ET DE DROITS ENTRE LES ACTEURS HOSPITALIERS, PUBLICS ET PRIVÉS ? QUELLES DÉCISIONS PRENDREZ-VOUS EN CE SENS ?**

---

**EN PARTICULIER, METTEZ-VOUS ENFIN EN ŒUVRE LE PRINCIPE : MÊME PATIENT, MÊME SOIN, MÊME TARIF ?**

---

**DANS UN SOUCI D'EFFICIENCE, COMMENT RÉFORMER LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LE SENS D'UNE VÉRITABLE LOI DE FINANCES, QUI DONNE DE LA VISIBILITÉ AUX ACTEURS DE SANTÉ ET SOIT CE QU'ELLE N'EST PAS AUJOURD'HUI : UN INSTRUMENT DE RÉFORME STRUCTURELLE DU SYSTÈME ?**



**FRANÇOIS**

**FILLON**

## **” JE SOUHAITE ENCOURAGER LA PARTICIPATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS AUX MISSIONS DE SERVICE PUBLIC . ”**

Je souhaite effectivement renforcer l'équité de notre système de santé et encourager significativement la participation des établissements privés aux missions de service public. Un grand nombre de ces établissements sont, en effet, prêts à assumer l'ensemble des devoirs afférents à ces missions.

Dans ces conditions, ils ont naturellement vocation à pouvoir exercer ces activités dans des conditions économiques équivalentes. Je considère que la lisibilité et l'équité doivent constituer des objectifs prioritaires pour l'évolution de notre système de financement des établissements de santé.

---

## **” J'AI PROPOSÉ QU'UN AUDIT DE NOS COMPTES SOCIAUX SOIT CONDUIT DÈS LE DÉBUT DU PROCHAIN QUINQUENNAT AFIN DE METTRE À JOUR LES TRAVESTISSEMENTS DU RÉEL. ”**

Pour parvenir à sauver notre système de santé, notre premier devoir est, d'abord, de dire la vérité aux Français. De ce point de vue, le discours du Gouvernement se félicitant à chaque occasion du « retour à l'équilibre de la Sécurité sociale » est affligeant. Cette mystification est le produit de présentations comptables en trompe l'œil mais également d'artifices de gestion de court terme. La Cour des comptes vient d'en apporter la démonstration cinglante dans son dernier rapport public.

Nous aurons donc à assumer collectivement le poids de l'insincérité des prévisions de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 et des reports de charges massifs destinés à dissimuler un très important déficit structurel persistant de l'assurance-maladie. C'est la raison pour laquelle j'ai proposé qu'un audit de nos comptes sociaux soit conduit dès le début du prochain quinquennat afin de mettre à jour ces travestissements du réel.

Regarder la réalité en face, c'est la première condition pour prendre les orientations qui nous permettront de continuer à bénéficier du même très haut niveau de couverture solidaire des dépenses de santé. La Sécurité sociale finance 76,8 % des dépenses et on approche même 80 % de couverture publique avec les dépenses prises en charge au titre de la CMU complémentaire. Malheureusement, ce système souffre d'une grave défaillance. L'assurance-maladie n'a pas connu l'équilibre depuis 1988 et, au cours des vingt dernières années, elle a accumulé 120 Md€ de déficits.

Nous sommes donc aujourd'hui incapables d'assurer le financement de notre système de santé autrement que par l'emprunt. Cette situation a des conséquences graves. D'une part, elle nous conduit, de façon totalement irresponsable, à reporter sur nos enfants et nos petits-enfants le financement de nos dépenses de santé. D'autre part, elle contribue à la forte contrainte financière qui pèse sur nos finances publiques, entrave l'économie et nous met à la merci d'une remontée des taux d'intérêt. Elle nous empêche de moderniser notre système de santé et rendra difficile la prise en charge des innovations thérapeutiques qui se profilent à l'horizon. Enfin, elle ne nous permet pas de rémunérer les professionnels de santé à la hauteur de leurs compétences, de leur engagement et de leurs responsabilités.

Le devoir de vérité c'est tout simplement de dire aux Français que nous aurons à assumer ensemble des efforts si nous voulons que nos enfants et nos petits-enfants puissent demain bénéficier du « meilleur système de santé du monde ».

Je mettrai fin au tiers-payant prétendument généralisé et obligatoire, qui donne la dangereuse illusion que la santé est gratuite, et qui génère une inflation non justifiée du volume d'actes médicaux et qui en augmentant la charge administrative diminue le temps médical disponible.

---

## **” JE METTRAI EN PLACE UNE RÈGLE D'OR IMPOSANT L'ÉQUILIBRE DES COMPTES DE L'ASSURANCE-MALADIE... ”**

... afin de sauver son universalité et les niveaux de remboursement qu'elle apporte. Je fixe l'objectif du retour réel à l'équilibre de l'assurance-maladie au cours du quinquennat à venir. La règle d'or garantissant le maintien de l'équilibre au cours du temps entrera en application dès l'exercice suivant. Elle sera portée par une modification de la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale.

---

## **” LES CONDITIONS ÉCONOMIQUES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOIVENT ÊTRE LES MÊMES DÈS LORS QUE LES ÉTABLISSEMENTS EXERCENT LES MÊMES MISSIONS. ”**

Je souhaite que la discussion et le vote de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) par le Parlement soit accompagnés d'un renforcement de l'approche médico-économique. Et je crois effectivement que nous devons avoir une transparence forte sur les conditions économiques de prise en charge des patients par les établissements de santé : ces conditions doivent être les mêmes dès lors que les établissements exercent les mêmes missions.

Les marges d'action existent dans notre système de soins pour parvenir à ce redressement sans abaisser le niveau de remboursement de l'assurance-maladie et en améliorant la qualité et la sécurité des soins.

Je conduirai ainsi une lutte déterminée contre la fraude, d'autant plus inacceptable qu'elle touche au cœur des valeurs de notre Sécurité sociale.

Je renforcerai le mouvement de recomposition de l'offre de soins pour faire évoluer les structures qui n'offrent plus les garanties de sécurité pour les patients. Nous poursuivrons ainsi résolument le mouvement de développement de la chirurgie ambulatoire pour réduire le nombre de lits de chirurgie d'hospitalisation complète. Des questions se posent, plus largement, sur la « bonne utilisation » des différentes catégories d'établissements. Ces évolutions posent nécessairement la question du nombre, de l'implantation et du dimensionnement de ces hôpitaux, selon une logique de « taille critique », car la qualité et la sécurité des soins sont directement liées au nombre d'actes effectués.

Je rétablirai le jour de carence pour lutter contre l'absentéisme à l'hôpital. Sa suppression avait représenté une vraie faute et envoyé un fâcheux signal de laxisme. Les résultats étaient pourtant réels et significatifs avec l'équivalent de 90 millions d'euros d'économies réalisés par les hôpitaux au cours de l'année d'application du jour de carence institué par le Gouvernement que j'ai eu l'honneur de diriger.

J'engagerai une stratégie résolue de valorisation de la pertinence des actes médicaux et de coordination des soins afin d'éviter des actes inutiles ou redondants.

Nous conduirons également un processus de simplification et de rationalisation des participations des assurés (forfaits, franchises, tickets modérateurs...) afin de donner plus de lisibilité à la responsabilisation financière des patients et de répartir de façon plus juste le reste à charge.

Cette stratégie de retour à l'équilibre réel de l'assurance-maladie s'accompagnera de gains de pouvoir d'achat pour les professionnels qui s'engagent au service de nos concitoyens. Ce sera le cas en ville dans le cadre des engagements pris pour soutenir la médecine de proximité. Le champ des rémunérations sur contrats de santé publique sera significativement élargi, en partie pour répondre aux enjeux majeurs liés au vieillissement et aux maladies chroniques.

Mais ce sera aussi le cas à l'hôpital dans le cadre du retour aux 39 heures. Depuis quatorze ans, la mise en place des 35 heures à l'hôpital s'est traduite par une rigidification des organisations de travail qui, conjuguée à un contexte de pénurie médicale, entraîne de lourdes conséquences sur le fonctionnement des hôpitaux publics mais également sur les conditions de travail des personnels. Nous suivrons une logique de redéploiement d'une partie des gains d'efficacité pour soutenir l'amélioration de la qualité du système pour les patients et la progression du pouvoir d'achat des professionnels qui sera aussi à l'œuvre s'agissant des réductions de postes de fonctionnaires dans l'administration de la Santé.

---

## **” 20 Md€ DE GAINS D'EFFICIENCE STRUCTURELS D'ICI 2022, UNE MEILLEURE ORGANISATION, DES ACTES INUTILES ÉVITÉS ET UNE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE. ”**

Je voudrais clarifier les choses : il n'y aura pas de réduction des effectifs médicaux et soignants auprès des malades ! Au contraire, le renforcement de l'autonomie des établissements leur permettra de continuer à développer leurs projets et porter des activités nouvelles pour mieux prendre en charge les patients.

Je fais donc, pour l'avenir de notre système de santé, un choix d'exigence de crédibilité en proposant aux Français une stratégie de retour à l'équilibre de l'assurance-maladie qui s'appuiera sur 20 Md€ de gains d'efficacité structurels d'ici 2022 réalisés par une meilleure organisation, des actes inutiles évités et une stratégie déterminée de lutte contre la fraude. C'est un objectif largement atteignable qui nécessite un ONDAM légèrement inférieur à 2 %, conforme aux résultats obtenus ces dernières années. C'est cette logique qui permettra d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et de mettre un terme au report du coût de nos dépenses de soins actuelles sur les générations futures. Elle nous autorisera aussi à rendre plus transparent et plus juste le remboursement des soins.



**EMMANUEL**

**MACRON**

**” CERTAINES MESURES PRISES PAR LE PASSÉ ONT PU PRENDRE LA FORME DE MESURES PUNITIVES, CE N'EST PAS AINSI QUE NOUS PROCÈDERONS. ”**

Nous souhaitons aborder l'enjeu d'une plus grande autonomie des hôpitaux, pas seulement dans les discours mais dans les faits. En même temps, les réformes hospitalières s'enchaînent à un rythme effréné, qui obligent constamment à reconsidérer toute la chaîne de commande, la gouvernance, le management, les conditions de la tutelle... Il y a un besoin de stabilité, de liberté, et, vous y faites allusion dans votre question d'équité et de justice. Certaines mesures prises par le passé ont pu prendre la forme de mesures punitives, ce n'est pas ainsi que nous procéderons.

De la même façon, nous allons reprendre le sujet du financement des établissements. Il nous faudra donc consolider les règles. Enfin, nous l'avons évoqué, nous entendons accélérer le déploiement des GHT mais là aussi à condition que le projet médical soit réellement partagé par les acteurs du territoire, et que ce projet soit ouvert sur la ville.

---

**” NOUS GARANTISSONS DES RÈGLES CLAIRES, ÉQUITABLES, ET JUSTES EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DES SOINS, TENANT COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DE CHACUN, DANS SON TERRITOIRE. ”**

Au delà, nous voulons décloisonner par l'expérimentation, développer enfin ces financements au parcours et à l'épisode de soins, dont tout le monde parle depuis des années, et qui constitueront une réponse aux attentes de tous les acteurs du soin, quel que soit leur mode d'exercice. Nous faisons le choix de la concertation des professionnels dans les territoires, de la part belle laissée aux initiatives, de la confiance, parce que c'est la bonne méthode pour réformer.

---

**” L'ONDAM EST SCINDÉ EN SOUS-OBJECTIFS ET EN ENVELOPPES SPÉCIFIQUES QUI METTENT À L'ÉPREUVE LES VELLÉTÉS DE DÉCLOISONNEMENT... ”**

Le Fonds d'intervention régional, censé exprimer les marges d'action des ARS, représente de son côté une part très modeste de l'ensemble des dépenses et recouvre qui plus est un certain nombre de dépenses fléchées.

Pour que la Loi de financement de la Sécurité sociale donne du sens à l'action publique et incarne la volonté de conduire des réformes structurelles, il peut être intéressant de progresser dans le sens de la « médicalisation » de l'ONDAM, de façon à mieux suivre la dynamique des dépenses engendrées par telle ou telle pathologie et à impulser les évolutions pertinentes en termes de prise en charge.

Au plan régional, on ne confèrera pas une plus grande autonomie aux acteurs si on ne renforce pas les crédits à la main des acteurs territoriaux.

# **LA FIN DES MESURES PÉNALISANTES**

## **LA QUESTION**

**QUELLE EST VOTRE POSITION SUR CES DEUX SUJETS : BÉNÉFICE  
RAISONNABLE ET DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE ?**



**FRANÇOIS**

**FILLON**

**” JE ME SUIS ENGAGÉ À LA SUPPRESSION PURE ET SIMPLE DE TOUTES LES MESURES VEXATOIRES PRISES À L'ENCONTRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS. ”**

Ces mesures - dont vous identifiez certaines des plus visibles - ont été décidées par idéologie pure. Je serai au rendez-vous de cet engagement car, encore une fois, une des clés pour sauver notre système de soins c'est de redonner confiance aux professionnels qui s'investissent au quotidien pour la santé des Français.

---



**EMMANUEL**

**MACRON**

**” NOUS SERONS OUVERTS AU DIALOGUE, AVEC LE SOUCI PERMANENT DE PERMETTRE À CHACUN D'ASSURER SES MISSIONS DANS LES MEILLEURES CONDITIONS. ”**

La dégressivité tarifaire n'apporte pas la démonstration de son utilité, elle est même jugée comme vexatoire dans son application. Nous devons faire évoluer le modèle.

La notion de bénéfice raisonnable pose en l'état, il est vrai, des difficultés tant au niveau de sa définition que de son champ et de ses modalités d'application. Comme sur d'autres sujets, nous serons ouverts au dialogue, dans une logique de simplification des règles lorsqu'elles peuvent l'être, avec le souci permanent de permettre à chacun d'assurer ses missions dans les meilleures conditions.

---

# LES RÉPONSES DES AUTRES CANDIDATS



Marine Le Pen renvoie vers [son programme santé](#).  
Voici l'extrait qui concerne l'hospitalisation privée :

## ” FAIRE COOPÉRER LES STRUCTURES PUBLIQUES, PRIVÉES ET LA VILLE. ”

### MARINE LE PEN

Il est urgent de recentrer l'hôpital sur ses missions de soins spécialisés et techniques, et de favoriser la coopération entre les hôpitaux publics, les structures privées et la médecine de ville, afin d'améliorer la prise en charge des patients et leur parcours de soins, en tirant profit de la complémentarité des différents secteurs. Le système de santé souffre de nombreux cloisonnements. Il est nécessaire de favoriser une coopération en bonne intelligence entre le secteur privé et public et assurer la coordination avec la médecine de ville. Nous créerons à cette fin un service de coordination entre les hôpitaux et la médecine de ville, afin de parer aux problèmes d'orientation liés aux standards téléphoniques surchargés, et facilitant le transfert de patients entre la ville et l'hôpital. Les établissements de santé privés doivent pouvoir trouver leur place, en cessant d'opposer ces deux systèmes complémentaires. La saine concurrence entre le public et le privé ira dans le sens d'une amélioration de la qualité des soins.



### BENOÎT HAMON

Benoît Hamon quant à lui  
nous a adressé :

[SON PROGRAMME SANTÉ](#)  
[SA LETTRE AUX PERSONNELS HOSPITALIERS](#)  
[UNE VIDÉO INTITULÉE " FAISONS DU  
BIEN-ÊTRE UNE PRIORITÉ "](#)



### JEAN-LUC MÉLENCHON

Jean-Luc Mélenchon lui aussi nous a  
adressé son livret thématique dédié à  
ses propositions et intitulé « La santé :  
notre bien commun »

[SON LIVRET SANTÉ](#)  
[LE COMPTE-RENDU DE SON AUDITION  
AU SEIN DU COLLECTIF SANTÉ 2017](#)

# LIENS VERS LES PROGRAMMES ET PAGES SANTÉ DES CANDIDATS

## **NATHALIE ARTHAUD**

<http://www.nathalie-arthaud.info/sante-80935.html>

## **FRANÇOIS ASSELINEAU**

<http://www.asselineau2017.fr/programme>

## **JACQUES CHEMINADE**

<http://www.cheminade2017.fr/Le-droit-aux-soins-pour-tous-est-un-principe-garanti-par-notre-1655>

## **NICOLAS DUPONT-AIGNAN**

<http://www.nda-2017.fr/theme/sante>

## **FRANÇOIS FILLON**

[Télécharger le programme](#)

## **BENOIT HAMON**

[Télécharger le programme](#)

## **JEAN LASSALLE**

<http://jeanlassalle2017.fr/wp-content/uploads/2017/04/ProgrammeJeanLassalle2017.pdf>  
Page 6 et suivant

## **MARINE LE PEN**

[Télécharger le programme](#)

## **EMMANUEL MACRON**

<https://en-marche.fr/emmanuel-macron/le-programme/sante>

## **JEAN-LUC MELENCHON**

<https://avenirencommun.fr/le-livret-sante>

## **PHILIPPE POUTOU**

[https://poutou2017.org/sites/default/files/2017-03/ProgrammePOUTOU-2017\\_WEB\\_0.pdf](https://poutou2017.org/sites/default/files/2017-03/ProgrammePOUTOU-2017_WEB_0.pdf)  
Page 13 et suivant

# CONTACTEZ-NOUS

## ADRESSE

**FHP**  
106 rue d'Amsterdam  
75009 Paris

## TÉLÉPHONE

01 53 83 56 56

## EMAIL

[com.fhp@fhp.fr](mailto:com.fhp@fhp.fr)



@La\_FHP



Fédération de  
l'Hospitalisation  
Privée