

Des forces et des faiblesses du système actuel : un constat partagé

Au regard de ses homologues étrangers, le système des soins français s'avère plutôt performant. Ce système est perfectible et comporte des carences et des défauts, sur lesquels d'ailleurs s'accorde la plupart des observateurs.

Les 14 organisations professionnelles regroupées entendent mettre en évidence les voies d'amélioration possibles pour le système de soins et de protection sociale français, en s'appuyant sur le débat et la confrontation entre les représentants des professionnels, des assurés et des gestionnaires.

Les dépenses que la France consacre à la santé croissent de façon continue. Pourtant, la couverture sociale de ces dépenses est significativement plus faible que dans d'autres pays comparables, en ce qui concerne notamment les soins de première intention. C'est d'ailleurs ce qui a conduit à l'instauration de la couverture maladie universelle, 25 ans après la 1^{ère} loi de généralisation de la sécurité sociale. Ce dispositif, effectif depuis le début de l'année 2000 permet d'améliorer la couverture sociale de la partie la plus fragile de la population, ce qui constituait l'une des failles les plus criantes du système actuel.

Un système à la fois coûteux et encore inégalitaire

Indépendamment des incidences de la CMU, plus de 100 milliards de francs auront été injectés dans le système des soins entre 1995 et 2000 selon les données annexées aux lois de financement successives. Malgré cela, ni les inégalités sociales dans l'accès ou la consommation de soins, ni les inégalités géographiques ne se sont estompées, pas plus que ne se sont comblées les carences manifestes qui touchent certains secteurs comme les matériels pour handicapés, l'optique ou le dentaire. Et à ce jour, aucun lien direct ne peut être établi entre ces ressources supplémentaires et une quelconque amélioration de la santé de la population, ni même avec une juste rémunération de toutes les activités des professionnels de santé.

En résumé, les insuffisances du système de soins peuvent être aujourd'hui analysées et synthétisées autour des quatre grands thèmes suivants :

- * l'absence de définition explicite, sur le moyen terme, de priorités sanitaires et des grands objectifs de la politique de santé dont les lois de financement seraient la déclinaison budgétaire annuelle,
- * l'approche trop exclusivement curative des soins,
- * le cloisonnement du fonctionnement des différents secteurs du système des soins qui obère la coordination et la complémentarité des professionnels de santé, enjeu majeur de santé publique,
- * l'absence de transparence et de connaissance des critères prévalant pour l'admission au remboursement ou pour l'allocation des ressources.

Équité, qualité et utilité : une ambition commune

Les 14 organisations réaffirment leur profond attachement à un système de protection sociale qui concilie un financement collectif solidaire et une offre de soins ambulatoires essentiellement libérale, et sont unanimes sur la nécessité d'une réforme concomitante du système des soins et de l'assurance maladie. L'objectif de cette réforme ? Pérenniser un accès aux soins pour tous qui garantisse équité, qualité et utilité des soins et donc l'efficacité de l'emploi des ressources, et offrir aux professionnels des gages de visibilité sur leurs missions et l'évolution de leurs pratiques, et de stabilité de leurs conditions d'exercice.

Telle est la démarche des 14 organisations qui s'inscrit dans le cadre des travaux ouverts par le Gouvernement le 25 janvier dernier.

S'il n'est pas question de se substituer aux négociations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé qui seront nécessaires pour mettre en œuvre une réforme, les travaux engagés s'inscrivent dans un objectif clair : il s'agit aujourd'hui, sans préalable ni tabou, par une confrontation des points de vue et des analyses, de dégager les axes structurants qui sous-tendent l'évolution nécessaire du système de soins, en donnant à la fois, aux assurés sociaux de nouvelles garanties, et aux professionnels une reconnaissance de leurs compétences et de réelles perspectives d'avenir.

I - Les attentes des patients et des professionnels : enjeux du nouveau dispositif conventionnel

SNJMG

7 bis rue Decrès 75014 Paris

Tél. : 01 41 90 98 18

Fax : 01 41 90 98 21

Les attentes des patients à l'égard du système de soins et des professionnels ont évolué au cours des dernières décennies.

Ces évolutions sont d'ailleurs totalement cohérentes avec celles constatées dans d'autres domaines de la société, lorsqu'elles expriment une exigence de connaissance, de transparence, de garantie de qualité et de participation active. Si elles ne sont pas surprenantes, ces évolutions apparaissent sans doute avec une acuité particulière en raison même du sujet qu'elles touchent : la santé. Ce qui est en revanche surprenant, c'est que l'organisation du système de soins, les relations que la collectivité entretient avec les professionnels de santé pour répondre à ces attentes, restent régies par une batterie de textes qui, pour la plupart, ont été élaborés il y a au moins trois décennies et n'ont pas suivi ces évolutions. A l'usage même, ce cadre s'avère même un frein à tout progrès et toute innovation.

Des textes et des dispositifs vieux de plus de trois décennies

Dans les années soixante-dix, l'objectif majeur des dispositifs conventionnels et des lois hospitalières était d'offrir à la population un réel accès aux soins. C'est ainsi que, s'agissant de la médecine de ville, les professionnels de santé ont obtenu en contrepartie de leur engagement de respecter les tarifs de remboursement de leurs actes, un certain nombre d'avantages conventionnels, comme par exemple la participation des caisses à leurs cotisations sociales. Ce dispositif a d'ailleurs globalement atteint ses objectifs, à l'exception du cas des médecins du secteur à honoraires libres qui ne répond pas à cette logique, et de celui de la fourniture de matériels pour handicapés, de l'optique, de la podologie et des actes des chirurgiens-dentistes. Pour ces derniers, on constate un décalage croissant entre les tarifs de remboursement et les prix pratiqués pour les soins prothétiques ou orthodontiques, et, jusqu'à ces derniers mois, une nomenclature dentaire, qui faute d'avoir évolué, a exclu de remboursement toutes les innovations technologiques et les progrès médicaux. Sans aucun doute, le dispositif conventionnel doit aujourd'hui franchir une étape nouvelle afin de répondre aux aspirations nouvelles des patients comme des professionnels.

Les attentes des assurés : une double dimension, individuelle et collective

Préserver solidarité et équité dans le système de soins, suppose de répondre aux attentes de qualité, de transparence, d'information et de participation des assurés sociaux. Sous-jacentes depuis plusieurs années, elles se sont explicitement manifestées lors des récents **Etats généraux de la santé**. L'expression de ces attentes est toutefois différente selon que l'on se place du côté de l'assuré individu ou de celui des assurés pris collectivement.

Côté individuel, une prise en charge globale et de qualité

A titre individuel, chaque citoyen souhaite :
· une prise en charge complète de ses besoins et être guidé dans ses choix concernant son accès aux soins. Cela suppose que le système de soins et les professionnels qui le composent soient incités à coordonner leur intervention -et les modalités de leur rémunération peuvent en l'espèce jouer un rôle moteur-.
· disposer d'informations sur le système de soins : il veut en particulier disposer de garanties concernant la qualification des professionnels et la qualité de la prise en charge dont il bénéficie.
· être acteur de sa santé. Le droit à l'information et à la participation que cela implique comporte également une contrepartie en terme de responsabilité : il peut assumer les conséquences de ses choix lorsque ceux-ci sont opérés sur des bases éclairées.
· disposer d'un réel accès aux soins qui lui sont utiles, ce qui appelle la levée des freins notamment financiers à l'accès aux soins (diffusion de la dispense d'avance des frais une part, prise en charge complète des soins...). Ceci passe par une plus grande opposabilité des tarifs et une intervention coordonnée de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Sans doute à titre individuel, l'assuré souhaiterait-il trouver, dans le système de soins à financement collectif, une réponse à toutes ses demandes de soins, dont certaines peuvent correspondre à des attentes de bien-être au-delà même de ce qui relève de besoins de soins. C'est à cette frontière précisément que l'aspiration individuelle vient se heurter à l'intérêt collectif.

Côté collectif, la prévalence des notions de qualité et d'utilité

Pour garantir la solidarité et l'équité du système, les assurés sociaux entendent avoir la garantie de la pertinence (qualité/utilité) des dépenses dont ils assurent collectivement le financement. Les critères qui prévalent à l'intervention financière de la collectivité doivent donc être définis par la collectivité elle-même : c'est là une fonction qui revient à la représentation nationale, souveraine pour délimiter le champ de la prise en charge collective.

Les assurés attendent aussi une garantie en terme de couverture des besoins de soins, ce qui signifie notamment une répartition géographique de l'offre de soins qui concilie qualité et proximité. Enfin, ils

attendent du système une capacité d'évolution qui lui permette de mieux anticiper les besoins à venir pour mieux les prendre en charge.

Les attentes des professionnels : un savoir-faire revalorisé, des actes mieux coordonnés
Comme pour les assurés sociaux, il est pertinent de distinguer les attentes d'un professionnel de santé à titre individuel de celles de la (ou des) profession (s) prises collectivement.

Un magistère retrouvé et valorisé

Un professionnel de santé, comme tout autre professionnel, souhaite trouver dans son activité le niveau de rémunération qu'il estime juste, et pouvoir recentrer cette activité sur ce qui fait son apport, son "cœur de métier", son magistère. Aujourd'hui prévaut chez nombre de professionnels le sentiment qu'une partie trop importante de leur temps est accaparée par des activités notamment d'administration qui ne correspondent pas directement à leur compétence et qui plus est, ne sont pas reconnues en tant que telles. Le mode de rémunération actuel favorise ce sentiment en ne reconnaissant, à quelques très rares exceptions près - le médecin référent en étant une - que la production d'actes. Même si, dans le système actuel, certaines valorisations sont indispensables, elles ne sauraient suffire à la valorisation globale de l'activité. L'imprécision concernant l'apport de chaque professionnel dans la chaîne de soins et dans l'organisation du système de santé, ainsi que le flou dans la définition du contenu même des métiers viennent conforter également ce sentiment. La visibilité à laquelle aspire un professionnel doit se traduire à la fois par une identification de sa mission, une clarification de sa place dans la chaîne de soins en complémentarité avec les autres professionnels, et une meilleure reconnaissance. Cette visibilité doit s'accompagner d'un éclairage sur les perspectives d'avenir qui s'offrent à lui en termes d'évolution de sa pratique, de son métier, de sa carrière professionnelle. Plus avant, le mode d'organisation du système de soins doit permettre au professionnel de concilier activité professionnelle et aspirations individuelles, sans que ces dernières ne s'imposent ni s'opposent à l'intérêt collectif.

Définir la place des professionnels dans le système

Collectivement, les professionnels de santé sont les acteurs déterminants dans l'amélioration de la qualité du système de soins. Il convient de définir précisément le rôle de chacun, et sa contribution au réseau de soins. Les complémentarités entre les différents professionnels doivent être précisées, afin de mieux organiser et coordonner leurs actions. Autant d'éléments qui permettront d'orienter leur formation, initiale et continue, et de développer des processus de reconnaissance et de valorisation de la qualité. C'est dans le cadre de cette organisation collective que la notion de "responsabilité collective" des professionnels est légitimement revendiquée.

II - De la qualité individuelle à la qualité globale du système

L'organisation du système de soins est marquée par la notion prédominante du "colloque singulier". Le colloque singulier désigne la rencontre indispensable entre un professionnel et un patient, rencontre qui permet au premier de trouver une réponse au besoin du second.

Néanmoins, le colloque singulier quelque essentiel qu'il soit, ne saurait résumer à lui seul, la prise en charge d'un patient et, encore moins, la réponse aux besoins sanitaires de l'ensemble d'une population.

Conjuguer performance individuelle et performance collective

L'aspiration des patients à bénéficier d'une prise en charge globale de leurs problèmes de santé, tout comme les évolutions et les progrès des pratiques médicales rendent de plus en plus nécessaire l'intervention, auprès des patients, d'équipes pluri-disciplinaires ou, à tout le moins, une coordination renforcée entre les différents professionnels de santé.

Pourtant, aujourd'hui, le mode de paiement des professionnels en médecine de ville -quasi exclusivement à l'acte-, le morcellement de la pratique de ces professionnels, tout comme le cloisonnement des activités et des financements ville-hôpital, accentuent cette focalisation autour du colloque singulier. La prise en charge des patients se résume aujourd'hui, trop souvent, à une succession de séquences de soins, dont la synthèse et la coordination font trop souvent défaut.

Le colloque singulier doit donc s'enrichir d'une approche plurielle, où le professionnel trouve place au sein d'une équipe interprofessionnelle organisée autour des besoins des patients. C'est cette double approche individuelle et interprofessionnelle qu'il faut conjuguer pour offrir une prise en charge de qualité.

La mesure de la qualité individuelle

La qualité intrinsèque de chaque acte, de chaque intervention d'un professionnel, ne suffit pas à elle seule à garantir la qualité du système de soins. C'est une condition nécessaire mais pas suffisante.

Chaque professionnel a pour obligation déontologique ou éthique de veiller à la qualité des soins qu'il dispense. La formation initiale, comme la formation continue, doivent naturellement concourir à cette qualité. Mais le rappel de cette obligation de qualité ne suffit pas à lui seul à garantir qu'elle soit bien effective. La collectivité doit donc mettre à la disposition de chaque professionnel des outils pour orienter, favoriser puis évaluer la qualité de ses prestations individuelles. Telle est la finalité des référentiels professionnels, sorte de mode opératoire de l'acte qui peut, le cas échéant, être assorti de critères relatifs au matériel utilisé, à l'environnement et à la sécurité. La profession est responsable de la définition de la qualité individuelle des actes faits par les professionnels qui la composent. A elle d'élaborer, avec des méthodologies validées, ces référentiels de pratique.

C'est aussi à la profession qu'il appartient d'évaluer la qualité des actes réalisés par un professionnel au regard des critères et des référentiels déterminés.

Les patients ont le droit de savoir si le professionnel auquel ils s'adressent ou sont adressés, respecte bien les critères de qualité élaborés au sein de la profession à laquelle il appartient.

La qualité collective en ligne de mire

La qualité collective des pratiques professionnelles s'organise autour de recommandations de bonne pratique ou de protocoles de soins qui fixent, à partir de consensus scientifiques et professionnels et pour une situation pathologique donnée, la nature et le périmètre des interventions de professionnels de tous métiers, et leur articulation dans le temps et dans l'espace.

Ces protocoles permettent ainsi à chaque professionnel de replacer ses actes dans un processus global de prise en charge d'un patient. Ils constituent dans le même temps l'expression de la garantie de meilleurs soins pour le patient qui se trouve dans une situation pathologique donnée que lui apporte la collectivité et fixent du même coup, les limites de ses demandes couvertes par la collectivité.

Enfin, en raison même du caractère collectif du financement du système de soins, la notion de pertinence des soins qui fonde l'élaboration de ces protocoles doit intégrer celle d'**utilité médicale**. Ainsi, ces protocoles décrivent-ils la nature et le séquençement de tous les soins jugés : · efficaces (appréciation de la communauté scientifique et professionnelle) · sûrs, (assortis de conditions éventuelles d'exécution technique ou de sécurité édictées par les pouvoirs publics) · et opportuns.

Ces protocoles dessinent les modalités de coopération des différents intervenants au service du patient et mettent en évidence la nécessité d'organiser leurs complémentarités professionnelles. Le mode de paiement de la prestation sanitaire peut favoriser une telle organisation en rompant avec le caractère hégémonique du paiement à l'acte au profit d'autres modes de rémunérations, recouvrant par exemple diverses prestations coordonnées au profit d'un professionnel voire même d'une équipe de professionnels. La conjonction des critères d'efficacité et d'utilité légitime le financement des soins ou des prestations par la collectivité.

La qualité globale du système de soins se mesure au respect de ces protocoles, globalement et par chaque professionnel. Cette évaluation collective relève de la responsabilité de la collectivité et donc de la responsabilité partagée des professionnels et des financeurs.

III -Les responsabilités partagées

Reconnaître que la qualité globale du système de soins ne se résume pas à l'addition de pratiques individuelles quelle qu'en soit la qualité, c'est reconnaître du même coup l'interaction des comportements de chacun des acteurs sur la performance du système.

Dans ces conditions, il est indispensable d'identifier les responsabilités de chacun des acteurs et d'en mesurer les interdépendances.

La nécessité d'une politique de santé publique

Fondamentalement, il appartient à l'Etat, en associant les acteurs concernés aux processus décisionnels, de définir des orientations en matière de politique de santé, au-delà même du système de soins, et d'arrêter des priorités sanitaires. A l'Etat aussi de déterminer les moyens financiers que la collectivité y consacre. Telle est la finalité des lois annuelles de financement de la sécurité sociale qui retrouveraient ainsi leur sens : fixer la déclinaison annuelle budgétaire correspondant aux objectifs de la politique de santé nécessairement pluriannuelle.

Ces arbitrages doivent être éclairés par les données aujourd'hui disponibles sur le système de soins, l'état sanitaire de la population qui doivent donc être progressivement améliorées et enrichies en sorte d'approcher au mieux les besoins sanitaires de la population et d'évaluer l'efficacité des politiques menées. En particulier, il convient de cerner la notion même de besoin de soins, dans toutes ses

acceptations (préventive, curative et palliative) par rapport à ce qui relève du champ social et de prendre en compte les critères démographiques, d'accès aux soins et d'accès à l'information.

C'est également à l'Etat de définir les critères qui conditionnent l'admission au remboursement des soins et des prestations, et de les faire connaître, comme le souhaitent les assurés sociaux et les professionnels de santé.

Ces critères d'admission au remboursement doivent bien sûr être fondés sur l'efficacité des soins et des produits concernés. Mais ils doivent également inclure des précisions sur les conditions et les processus de délivrance de ces soins ou produits, ainsi que leurs indications médicales.

La responsabilité des professionnels fondée sur une " assurance qualité "

Garantir la qualité de la pratique de chaque professionnel au sein d'un système organisé, telle est la responsabilité des professionnels. Le système de soins peut garantir la qualité de la prestation globale qu'il offre à la population dès lors que : · chaque métier du secteur de la santé et donc le rôle de chaque professionnel et sa place dans le processus global de prise en charge d'un patient ont été définis, · des référentiels de bonne exécution des actes et de processus de soins ont été identifiés et validés.

Sur la base de ces outils, les professionnels peuvent ainsi assumer la responsabilité liée à leur rôle d'acteurs économiques du système de soins.

Dans leurs relations contractuelles, les caisses d'assurance maladie et les professions de santé traduisent le partage de leurs responsabilités en la matière, en particulier dans la diffusion de ces référentiels, l'évaluation des pratiques et les conséquences à en tirer.

Les responsabilités des patients doivent également être définies, car tout système d'assurance qualité implique que chaque partie intéressée prenne sa part de responsabilité. L'engagement des patients doit compléter celui des professionnels : ainsi, par exemple, le respect des référentiels nécessite que le professionnel et le patient soient impliqués solidairement. Le professionnel de santé doit pouvoir connaître le parcours santé de son patient pour vérifier que les actes qu'il effectue ou prescrit ne sont pas redondants; un support d'informations, de préférence électronique, doit donc accompagner chaque patient lors de ses contacts avec les professionnels de santé. Cet engagement peut aussi porter sur le respect de règles d'hygiène et de prévention qui renforcent les résultats des actions de soins proprement dites, et participent à la meilleure efficacité de celles-ci.

IV - Le nouveau contrat social

Une multitude d'acteurs sont impliqués dans le système, à des degrés divers, et leurs décisions, leurs comportements et leur interaction décident au final de la qualité et de l'efficacité du système de soins.

Aujourd'hui, nombre de décisions sont prises dans le domaine sanitaire sans que l'on sache ni où elles sont prises, ni sur quels critères, et encore moins sur quelle base elles seront évaluées.

L'enjeu de la nouvelle étape de la réforme du système de soins est de passer à l'explicite là où l'implicite régnait, et à la transparence là où l'opacité prévalait.

La démarche contractuelle est sans conteste la plus apte à objectiver les responsabilités de chacun, clarifier les critères de choix qui doivent régir le système de soins. C'est également la meilleure façon de faire la part entre les aspirations individuelles et les intérêts collectifs (qu'il s'agisse de ceux des professionnels ou de ceux des assurés sociaux), ce qui représente un enjeu majeur pour un système de soins à financement socialisé.

Le nouveau contrat social qui constituera la pierre angulaire d'un système de soins au service de la population, sera la résultante de plusieurs contrats imbriqués.

Cette démarche contractuelle trouve place dans le cadre de la politique de santé définie par l'État, qui établit notamment des priorités sanitaires et le cadre financier dans lequel la collectivité inscrit son intervention.

Le principe de délégation aux partenaires sociaux

Pour donner corps à la Constitution Française, qui garantit à chaque citoyen " le droit à la protection de la santé ", l'Etat délègue la mise en œuvre de la politique qu'il a définie aux gestionnaires de l'assurance maladie, c'est-à-dire aux partenaires sociaux et mutualistes, en partenariat avec les professionnels de santé. Cette délégation constitue la première déclinaison contractuelle de la politique de santé. Une gestion directe du système de soins par l'Etat n'est pas souhaitable, car elle comporte un risque d'affaiblissement dont pâtirait le système de soins. L'État doit, à l'inverse, concentrer son action sur sa fonction essentielle qui consiste à arrêter les choix politiques et stratégiques. Une distinction claire entre celui qui définit les grands principes et orientations d'une part, et ceux qui les mettent en œuvre d'autre part renforce

chacun d'eux dans leur propre champ de compétence et donc, améliore la pertinence et l'efficacité de leurs décisions. Pour être effectives et réellement contractuelles, les relations entre l'Etat et les caisses nationales d'assurance maladie nécessitent néanmoins des évolutions juridiques afin de lever les actuels blocages nés de la confusion entre la fonction de l'Etat-contractant et de l'Etat-tutelle.

Les relations entre l'assurance maladie et les professions de santé

Cette relation contractuelle a pour objectif de formaliser ce que la collectivité attend des différents professionnels de santé, pour qu'ensemble ils assurent le meilleur service à la population au meilleur rapport coût-efficacité. Il s'agit donc également de formaliser, en contrepartie, les moyens et les supports que la collectivité assure aux professionnels.

Un socle conventionnel commun à tous les professionnels

Pour bâtir la nouvelle architecture conventionnelle, il convient tout d'abord d'intégrer l'universalité de la sécurité sociale désormais acquise. Un premier socle conventionnel, commun à toutes les professions de santé libérales, pourrait consacrer cette universalité en incluant notamment le principe général du remboursement des soins, tel qu'il est aujourd'hui en vigueur, sur la base des tarifs opposables aux professionnels. Ce socle commun s'appliquerait à tous et nécessiterait donc une intervention des Pouvoirs publics, soit par agrément d'un accord négocié entre l'assurance maladie et l'ensemble des organisations syndicales reconnues représentatives des professionnels de santé, soit à travers une participation active à une négociation tripartite.

Des accords contractuels concernant chaque profession C'est sur ce socle commun que seraient ensuite négociés des accords contractuels avec les syndicats reconnus représentatifs des différentes professions de santé, accords auxquels les professionnels choisiraient individuellement d'adhérer ou non. N'étant pas d'application automatique à un corps professionnel, ces accords nécessiteraient pas l'intervention des pouvoirs publics, redonnant ainsi une vraie latitude contractuelle à l'assurance maladie et aux organisations reconnues représentatives des professions de santé.

Contrairement à la situation actuelle où, à quelques rares exceptions près, l'exercice d'une profession de santé libérale n'est pas possible en dehors d'un conventionnement avec l'assurance maladie, l'existence d'un socle commun permet de donner un contenu beaucoup plus dense aux accords contractuels. En effet, les trois dernières décennies ont montré qu'en n'offrant aucune alternative à l'exercice dans le cadre d'une convention, le système juridique a contraint les partenaires conventionnels à revoir à la baisse le contenu des conventions de sorte qu'elles soient supportées (à défaut d'être acceptées) par la très grande majorité des professionnels, contraints d'y adhérer.

En redonnant une véritable liberté de choix aux professionnels, le dispositif contractuel offre une opportunité, non seulement de donner un réel contenu aux engagements souscrits librement et en toute responsabilité de part et d'autre, mais également de s'adapter à la diversité des aspirations des professionnels. C'est dans ces accords que seraient clairement précisés les engagements pris en termes d'assurance qualité et de transparence vis à vis des patients.

Négociés au plan national, ces accords pourraient également définir la latitude laissée aux partenaires conventionnels représentés au niveau régional.

Un dernier niveau contractuel entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire

L'accès aux soins pour tous nécessite aujourd'hui non seulement de bénéficier de l'assurance maladie obligatoire mais également une adhésion à une couverture complémentaire. L'instauration récente de la CMU complémentaire pour les populations défavorisées consacre au demeurant ce constat. La synergie des actions des assurances maladie obligatoire et complémentaire s'impose donc pour agir sur l'efficacité du système de soins et la qualité du service rendu à la population. Leurs relations doivent également être formalisées, afin de mieux articuler leur action, dans la transparence, auprès des professionnels de santé et des assurés. Partageant la même volonté de valoriser les pratiques professionnelles de qualité et de garantir un accès effectif aux soins, l'assurance maladie complémentaire, selon des modalités à convenir, doit pouvoir être associée à la négociation avec les professionnels de santé.

Enfin, les assurés sociaux doivent également trouver dans ce cadre contractuel, les termes et modalités de leur engagement, c'est-à-dire une traduction concrète de ce que signifie " être acteur de sa santé ". Concrètement, l'engagement d'un professionnel de santé dans un processus de qualité qui comporte description du système et référentiels, doit trouver son pendant dans un engagement du patient autour également de référentiels et de protocoles relatifs aux actions de prévention et de dépistage. Ainsi, par exemple les assurés qui participeraient volontairement et régulièrement à des actions de prévention et de dépistage précoce, pourraient obtenir une meilleure prise en charge de leurs soins.