

22

PROPOSITIONS

**POUR
TRANSFORMER
LE SYSTÈME
DE SANTÉ**

Propositions issues des auditions et des contributions de la FHF dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé

L'hôpital et les établissements médico-sociaux
prennent soin de nous, **prenons soin d'eux**



POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ COHÉRENTE, FAISANT SENS ET ASSUMÉE

1

- ▶ Afin de redonner du sens et de la cohérence, **organiser une conférence nationale annuelle de consensus associant les acteurs de santé, en amont du projet de loi de financement de la sécurité sociale**, sur l'équilibre entre les réponses aux enjeux de santé publique, la garantie de bonnes conditions d'exercice professionnel et la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, en s'appuyant sur une évaluation des politiques publiques de santé.

2

- ▶ **Lancer la mission sur le choc de simplification**, de lutte contre le poids des normes, des instructions, de la bureaucratie, des injonctions contradictoires, des reportings pesant sur les acteurs de santé et du secteur médico-social, afin de libérer de l'énergie, du temps « utile », et de rendre crédible la confiance aux acteurs sur les territoires.
- ▶ Engager également un vaste mouvement de simplification et de recentrage des ARS sur les missions de pilotage stratégique de l'offre de soins et d'appui aux réorganisations.

3

- ▶ **Mieux prendre en compte les besoins des usagers** en améliorant notamment le recueil et l'exploitation des dispositifs de mesure de leur satisfaction ; **les associer, de manière individuelle et collective, à l'élaboration de leur parcours et intégrer la culture de l'expérience patient.**

4

- ▶ À partir d'une démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences médicales à l'échelle territoriale élaborées sur la base de conférences hospitalo-universitaires réunissant les coordonnateurs, les chefs de service d'une même spécialité et les représentants des établissements, **engager la révision voire la suppression du numerus clausus, la FHF constatant les limites majeures de la logique de contingentement.**
- ▶ **Définir des parcours de formation médicale à l'échelle territoriale** selon le double principe « *on ne s'installe que dans des lieux que l'on connaît ; on ne pourra mailler efficacement les territoires que si l'on promeut l'accès à la formation médicale pour les étudiants issus de ces territoires* ».

5

- ▶ **Porter une politique de psychiatrie adulte, de pédopsychiatrie et de santé mentale à la hauteur des enjeux de santé publique**, les troubles mentaux se situant au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Parmi les dix pathologies les plus préoccupantes en matière de santé publique, cinq concernent les maladies mentales (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression, trouble obsessionnel compulsif).
- ▶ **Engager la réforme du financement de la psychiatrie et de la santé mentale** pour permettre de redonner de l'oxygène au développement des projets de la psychiatrie publique.

6

- ▶ **Faire du grand âge, de l'autonomie et de la protection des plus fragiles une priorité nationale** : instituer un cinquième risque assis sur un socle de financements essentiellement collectifs.

7

- ▶ **Apporter des réponses adaptées à la spécificité des situations des territoires ultra marins au regard de leurs défis respectifs**, qu'il s'agisse de démographie médicale, d'afflux de patients et d'enjeux de santé publique.
- ▶ **Faire des territoires ultramarins des laboratoires d'innovation**, en termes de protocoles de coopération, de pratiques avancées et de télémédecine.

POUR UNE LOGIQUE TERRITORIALE REAFFIRMÉE DANS LE CADRE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

GRÂCE À UNE STRATÉGIE COORDONNÉE ET COHÉRENTE DES ACTEURS

8

- ▶ **Mettre en œuvre de façon effective la responsabilité populationnelle**, impliquant le développement de programmes cliniques communs par les professionnels de santé dans le cadre des projets territoriaux de santé.
- ▶ La FHF s'engage avec l'ensemble des acteurs de santé sur cinq territoires pionniers (Deux-Sèvres, Cornouailles, Douaisis, Haute-Saône, Aube).

9

- ▶ **Faciliter l'intégration publique dans le cadre des GHT sous la forme d'un droit d'option** - personnalité morale ; autorisations ; investissements.
- ▶ **Évaluer le périmètre de certains GHT.**

10

- ▶ **Proposer un statut rénové pour le CHU** qui reconnaîtrait sa spécificité dans la recherche, dans l'enseignement, dans l'innovation, dans son rôle structurant pour les territoires de santé et de rayonnement international.
- ▶ Faire bénéficier ces missions, en lien avec l'Université, d'un financement dédié.

11

- ▶ **Poser le principe de l'obligation de la coopération entre établissements sociaux et médico-sociaux** (ESMS) publics d'une part et **renforcer l'articulation entre les ESMS d'autre part**, dans le cadre d'une stratégie territoriale de groupe publique.

AVEC DES IMPLICATIONS EN MATIÈRE FINANCIÈRE

12

- ▶ **Définir des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie** pour mieux financer les spécificités territoriales et lutter contre les inégalités de santé.
- ▶ **Instaurer, au niveau des territoires, un mécanisme durable d'accompagnement à l'investissement, dans le cadre des économies engendrées par les recompositions de l'offre ; renforcer la régionalisation de l'instruction des projets d'investissement** et engager une réforme du COPERMO.

13

- ▶ **Maintenir la T2A en y adjoignant un financement à l'épisode de soins et au parcours de santé avec des incitations à la qualité, à la pertinence, à la prévention.**
- ▶ Lier de façon plus étroite les financements au respect des meilleures pratiques cliniques.

14

- ▶ **Sanctuariser**, dans le cadre des objectifs nationaux, **l'évolution du financement de la recherche, de l'innovation et de l'investissement sans baisse tarifaire associée.**

15

- ▶ **Reconnaître l'investissement collectif et individuel** des professionnels publics de santé.
- ▶ **Mettre en œuvre, en assurant son financement, le volet relatif à la reconnaissance de la valeur professionnelle du protocole parcours, carrières, rémunérations, et notamment l'instauration de l'entretien professionnel**, la fonction publique hospitalière étant la seule fonction publique encore soumise à une notation fonction de l'ancienneté.

16

- ▶ **Mettre en œuvre le plan « intelligence artificielle en santé »** en permettant d'anticiper les métiers de demain et les nouvelles utilisations des données dans le but d'améliorer la qualité des soins au bénéfice des patients et des professionnels de santé et en garantissant protection, confidentialité et égal accès aux innovations technologiques.
- ▶ Le secteur de l'imagerie est d'ores et déjà très concerné.
- ▶ **Créer une banque de données au service des travaux de recherche et de la pertinence des actes et des prises en charge.**

17

- ▶ **Lancer un plan numérique pour le secteur social et médico-social** : favoriser l'accès à la télémédecine et s'appuyer sur un système d'information permettant la fluidité des parcours de soins des plus fragiles.

POUR UNE NOUVELLE APPROCHE DU RÔLE DES ACTEURS DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS, DE COOPÉRATION ET D'OUVERTURE, IMPLIQUANT ÉGALEMENT LA CONVERGENCE DES DROITS ET DES DEVOIRS

POUR UNE LOGIQUE DE PARCOURS, DE COOPÉRATION, DE MIXITÉ ET D'OUVERTURE...

18

- ▶ **Développer les modalités d'exercice innovantes et attractives**, telles que l'exercice mixte ville/hôpital : valoriser l'expérience acquise en libéral pour faciliter l'accès au statut de praticien hospitalier à temps plein ou partiel.

19

- ▶ **Recentrer les médecins sur leur cœur de métier, développer les coopérations entre professionnels de santé et valoriser les compétences des professionnels paramédicaux :**
 - Agir pour développer les protocoles de coopération entre professionnels de santé, tant par la simplification des process d'autorisation que par leur promotion pour augmenter le nombre de personnels paramédicaux autorisés ;
 - Mettre en œuvre l'exercice en pratique avancée dès la finalisation de la réglementation pour les infirmiers (IPA).

20

- ▶ **S'appuyer sur les hôpitaux de proximité comme lieux d'ouverture et de coopération avec la médecine de ville**, notamment sur les territoires en tension, pour permettre :
 - L'accès à un plateau médicotechnique ;
 - Le développement de la télémédecine ;
 - La mise à profit du foncier hospitalier pour les maisons de santé pluridisciplinaires et les centres de santé.

AVEC DES PRÉREQUIS, CAR LE SERVICE PUBLIC NE SE NÉGOCIE PAS, NE SE CHOISIT PAS, NE SE DÉCOUPE PAS

21

- ▶ **Réaliser une convergence des devoirs entre tous les acteurs de santé, avec l'obligation pour tous les acteurs financés sur des fonds publics de prendre leur part des contraintes**, et notamment de participer à la permanence des soins ; conditionner l'exercice des missions de service public à l'engagement d'en assurer la totalité.

22

- ▶ **Promouvoir une approche efficace et pragmatique de la régulation de l'installation des médecins libéraux au sein des territoires en préservant la liberté d'installation en secteur 1** mais en ne rendant plus possible l'installation en secteur 2 dans les zones déjà sur-denses.



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE