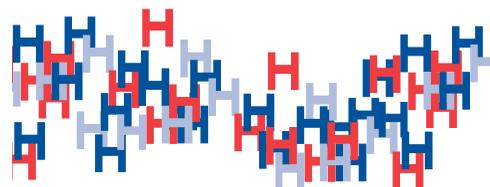


l'heure

65 propositions pour l'avenir
du service public hospitalier



8 PRIORITÉS, 65 PROPOSITIONS POUR L'AVENIR DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER UN PROJET POUR AMÉLIORER LA SANTÉ ET GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS

L'avenir de l'hôpital public et du secteur médico-social concerne tous les français.

Service public de référence, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux voient passer chaque année le tiers de la population entre leurs murs, et cela 24h/24 et 365 jours par an.

Employeurs implantés dans chaque territoire, les établissements publics sanitaires et médico-sociaux font travailler directement près d'un million de salariés.

Principal producteur de soins, notre secteur hospitalier et médico-social contribue à la croissance de nos industries de santé et à l'activité de nombreux fournisseurs de biens et de services.

Acteur essentiel de l'enseignement et de la recherche, l'hôpital joue un rôle clé dans la formation de nos futurs professionnels de santé et dans le développement de l'innovation en santé.

Pour que chaque euro supplémentaire investi dans le système hospitalier et médico-social continue à améliorer la qualité de notre service public et à développer l'emploi et la croissance dans notre pays, **la FHF présente huit priorités et soixante-cinq propositions pour l'hôpital et le secteur médico-social public.**

Fidèle aux valeurs du service public et résolument attachée à la modernisation de nos organisations, la FHF souhaite que l'avenir de l'hôpital et du secteur médico-social soit au cœur des débats démocratiques à venir.

Claude Évin,
Président

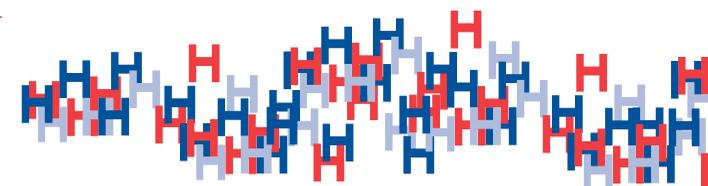
Gérard Vincent,
Délégué Général

UN PROJET POUR AMÉLIORER LA SANTÉ ET GARANTIR
L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS



/// Découvrez les propositions de la FHF
<http://heure-h.hopital.fr>

Fédération Hospitalière de France
/// 33, avenue d'Italie /// 75013 Paris
/// Tél : (33) 01 44 06 84 44
Fax : (33) 01 44 06 84 45
/// www.fhf.fr



ADAPTER L'OFFRE HOSPITALIÈRE ET MÉDICO-SOCIALE POUR FACILITER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT DANS CHAQUE TERRITOIRE

/// Garantir à tous l'accès aux soins de qualité

- 1 Mettre en place un « bouclier de service public ». Quel que soit le territoire dans lequel il vit, tout patient doit avoir accès à des prestations assurées dans le respect des principes du service public (tarifs conventionnels et permanence des soins), y compris lorsqu'elles sont assurées exclusivement par un établissement privé.
- 2 Promouvoir des « maisons de santé » (ou plateformes de services) chargées de la permanence des soins mais aussi de la prévention, de l'éducation à la santé, de l'accompagnement social et médico-social. L'ensemble de ces missions de proximité pourront être assurées par tout professionnel de santé. Les maisons médicales de garde seront intégrées ou adossées à ces « maisons de santé ». Le dispositif sera financé dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens.
- 3 Inciter les professionnels de santé libéraux à s'intégrer dans les « maisons de santé » par des mesures fiscales et conventionnelles.
- 4 Limiter le conventionnement de nouveaux médecins dans les territoires où l'offre est jugée suffisante par les schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS) qui couvriront désormais l'ensemble de l'offre de soins.
- 5 Organiser les transports sanitaires, en associant contractuellement les opérateurs de transport sanitaire, dans le cadre d'un volet spécifique des SROS.
- 6 Créer la fonction de « médiateur de la santé ». Personnalité indépendante, saisie par un parlementaire, une association d'usagers ou un collectif de patients, ce médiateur sera chargé de se prononcer sur l'équité de l'accès aux soins dans ses composantes géographiques, financières et sociales.

/// En mobilisant l'ensemble des professionnels de santé, libéraux et hospitaliers, autour d'un projet de santé publique

- 7 Permettre à tout professionnel de santé, libéral ou hospitalier, de signer un « contrat de service public de santé » avec un hôpital ou un groupe d'établissements publics, qui définira ses missions, ses modalités d'exercice et de rémunération.
- 8 Encourager les établissements hospitaliers et médico-sociaux à s'organiser en un ou plusieurs groupements de coopération, porteurs du projet de service public hospitalier du territoire, en associant les établissements de référence et de recours nécessaires (CHU et CH les plus importants).
- 9 Conditionner le conventionnement des médecins libéraux à leur participation aux missions de service public et notamment à la permanence des soins.

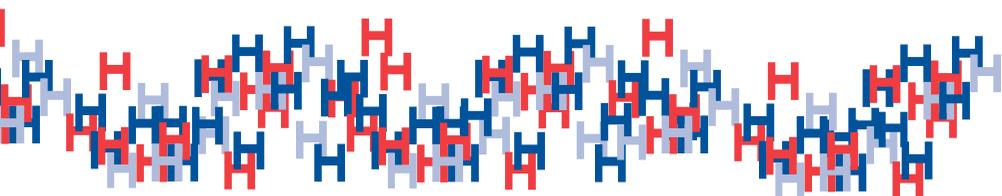
/// En renforçant l'excellence des établissements de référence et de recours

- 10 Développer les innovations : mettre en place des coopérations interrégionales, voire transfrontalières, et construire une cartographie des centres de référence et de recours qui tienne compte du tissu démographique et sanitaire. Les centres de recours bénéficieront d'un financement spécifique dans le cadre d'un contrat pluriannuel.

REFONDER LA RÉGULATION DE L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SOINS ET CLARIFIER LES RESPONSABILITÉS DE CHACUN (VILLE / HÔPITAL / MÉDICO-SOCIAL)

/// En assurant une plus grande transparence sur les choix nationaux de santé publique

- 11 Instituer une loi pluriannuelle de programmation en santé publique qui déterminera un nombre limité de priorités nationales au sein de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).
- 12 Organiser sous l'égide de la Haute Autorité de Santé un débat citoyen associant usagers, élus, professionnels et scientifiques avant le vote de chaque loi pluriannuelle.



13 Assurer le suivi annuel des priorités de santé publique lors du vote de l'ONDAM par le Parlement.

/// En rationalisant et regroupant les compétences des différentes institutions sur l'offre de soins, au niveau national et surtout au niveau régional

14 Regrouper au sein d'une Agence Nationale de Santé Publique le pilotage (organisation territoriale, allocation des ressources et contractualisation) de l'ensemble de l'offre de soins dans sa dimension hospitalière, médico-sociale, soins de ville et médicament.

15 Assurer, dans un cadre déconcentré, la régionalisation de ce pilotage par des Agences régionales de santé publique (ARSP) chargées de la régulation de l'offre de soins et d'accompagnement. Ces agences rassembleront les compétences actuellement éclatées entre les DDASS, DRASS, URCAM, ARH et conseils généraux. Ces derniers garderont la gestion des prestations individuelles.

16 Associer les élus, les usagers, les professionnels et les établissements de santé au sein d'un Conseil régional de santé publique, qui sera consulté sur le contenu et le suivi du contrat passé entre l'agence régionale et l'agence nationale de santé publique.

17 Elaborer sous la responsabilité de l'Agence régionale de santé publique, à partir d'une démarche d'évaluation des besoins, des schémas régionaux de santé publique intégrant la politique de prévention et d'éducation pour la santé et l'organisation de l'offre de soins entre hôpitaux, cliniques, soins de ville, établissements sociaux et médico-sociaux.

18 Organiser le dialogue avec les partenaires sociaux à l'échelon des territoires de santé, dans un cadre négocié au niveau national.

/// En assurant la lisibilité et l'équité de la répartition des ressources

19 Découper l'ONDAM en deux enveloppes : l'une consacrée aux priorités de santé publique et aux missions d'intérêt général, l'autre dédiée au financement des actes et des soins tarifés.

20 Poursuivre un plan ambitieux d'investissement pour l'hôpital et le secteur médico-social, afin notamment de moderniser les systèmes d'information et de respecter les normes réglementaires.

21 Répartir les deux enveloppes de l'ONDAM entre les régions sur la base d'indicateurs de morbidité, de mortalité, de démographie en tenant compte de leurs spécificités dans le dispositif de prévention, d'offre de soins, d'enseignement et de recherche. La contribution de l'utilisateur aux soins reste fixée nationalement.

22 Se doter d'outils performants de mesure de la qualité, de la pertinence et du coût des soins afin de lutter contre le caractère inflationniste de la tarification à l'activité.

23 Arrêter la convergence tarifaire entre les établissements publics et privés compte-tenu des différences existantes entre les deux secteurs en termes de missions, d'activités, de contraintes réglementaires et statutaires.

24 Organiser la convergence des moyens de la gérontologie et du handicap sur la base de tarifs à deux niveaux : soins d'une part et compensation du handicap incluant les besoins d'hébergement d'autre part. Les prestations de compensation du handicap seront financées par la solidarité nationale, avec une participation des personnes à leur hébergement qui sera fonction de leur niveau de revenus.

AMÉLIORER LA CONTINUITÉ ET LA PERMANENCE DES SOINS POUR CHACUN, QUEL QUE SOIT SON LIEU DE RÉSIDENCE

/// Par une meilleure coordination des urgences et préparation aux situations de crise

25 Mettre en place une régulation médicale unique ville-hôpital par territoire couvert par un SAMU et encourager la participation des médecins libéraux à la régulation des appels et à leur traitement par le biais du contrat de service public de santé.

26 Identifier et financer les organisations et les capacités en lits permettant de répondre aux obligations de permanence des soins, notamment en période estivale, et aux crises sanitaires. Associer les professionnels libéraux et les établissements médico-sociaux à la préparation des plans de crise.

/// En facilitant le transfert des informations concernant le patient

27 Systématiser l'usage du Dossier Médical Personnel en l'inscrivant dans le référentiel des bonnes pratiques.

28 Former les acteurs du parcours de soins, professionnels et patients, à l'usage des nouvelles technologies numériques.

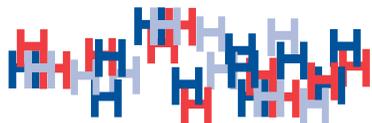
29 Encourager les pratiques de télémédecine en valorisant les prestations réalisées à distance (inscription dans la Classification Commune des Actes Médicaux-CCAM). Ces actes recouvrent la télé-expertise, la télé-consultation, la télé-surveillance et la télé-assistance, pratiquées à domicile ou à l'hôpital.

PERMETTRE À CHACUN DE DEVENIR UN ACTEUR DE SA PROPRE SANTÉ

/// Par une meilleure information sur l'offre de soins

30 Produire et diffuser des indicateurs sur la qualité du service rendu par les professionnels de santé. Ces indicateurs seront élaborés et contrôlés par la Haute Autorité de santé, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que par les représentants des usagers.

31 Mettre à disposition des usagers les informations sur la nature, le délai et le coût des soins délivrés par chaque établissement et afficher les prix détaillés des soins et de l'hôtellerie pour le patient et pour la collectivité.



/// Par une meilleure formation

32 Encourager et financer l'éducation thérapeutique des patients, en leur proposant des sessions de formation adaptées à leur pathologie.

33 Reconnaître la capacité d'auto-prescription des patients dans un programme de formation thérapeutique encadré par le référent médical ou pharmaceutique.

34 Inclure dans les programmes de l'Education Nationale un enseignement sur les règles d'hygiène de vie et le fonctionnement du système de santé.

/// Par une reconnaissance institutionnelle renforcée

35 Faire une place aux représentants des usagers dans les conseils régionaux de santé, et mettre à leur disposition des sessions de formation qui leur permettent de jouer pleinement leur rôle.

ADAPTER AUX NOUVEAUX BESOINS LA FORMATION ET LA RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

/// En réformant la formation des médecins

36 Simplifier les filières de formation de l'internat en substituant aux onze filières actuelles cinq ou six filières : médecine, chirurgie, psychiatrie, médecine générale, recherche bio-médicale...

37 Transformer les épreuves classantes nationales (ECN) en épreuves interrégionales et développer une politique sociale et financière qui favorise la mobilité des internes entre les divers terrains de stage.

38 Définir précisément le cahier des charges des stages et leurs modalités d'évaluation par les équipes hospitalo-universitaires.

39 Aligner le financement de la formation médicale continue sur celui des autres personnels hospitaliers.

40 Se doter d'un dispositif d'observation de la démographie des professions de santé au niveau régional et diffuser le résultat de ses travaux.

/// Par une valorisation des métiers et des compétences

41 Redéfinir le contour des métiers de la santé (revoir les décrets de compétence) en favorisant le partage des tâches et en créant de nouveaux métiers.

42 Faciliter les passerelles entre les différents métiers de la santé en lien avec les responsables universitaires, à l'occasion de la réforme LMD.

43 Instaurer des aides à la transition professionnelle : conseil en gestion de carrière, bilan de compétences et propositions de formation adaptées.

44 Définir un programme ambitieux de qualification, de promotion professionnelle et d'amélioration des conditions de travail.

45 Intégrer la FHF, en sa qualité de représentante des employeurs, dans toutes les négociations statutaires menées par l'Etat ou les collectivités territoriales.

46 Promouvoir dans le cadre de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) la formation au management des cadres et des médecins hospitaliers.

47 Développer une politique de promotion et de valorisation des métiers de la santé.

54 Favoriser les innovations émanant des acteurs de terrain et diffuser leurs expérimentations dans le domaine de l'organisation de l'offre de soins. Effectuées dans le cadre de contrats passés avec les ARSP, ces initiatives seront évaluées par l'Agence Nationale de Santé Publique.

55 Conditionner les investissements stratégiques des établissements à l'existence d'un projet d'accompagnement des changements induits, à la mise en œuvre d'un système d'information adapté et à des reconversions totales ou partielles en rapport avec les évolutions démographiques.

ORGANISER DÈS AUJOURD'HUI UNE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ADAPTÉE AUX ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES

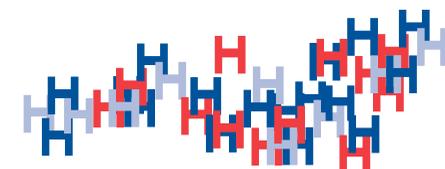
/// Par une amélioration de l'offre de soins déjà existante

56 Moderniser le parc immobilier des établissements publics hébergeant des personnes âgées dépendantes. Ces travaux seront financés par la suppression de la taxe sur les salaires.

57 Organiser une « filière gériatrique » dans les établissements disposant d'un service d'urgence, pour concrétiser une prise en charge spécifique des personnes âgées tout au long de leur parcours de soins qu'il s'effectue en hospitalisation complète, partielle ou sous forme ambulatoire.

58 Disposer d'une équipe mobile de gériatrie, adossée à une unité de court séjour gériatrique, à vocation interne et externe, dans tous les établissements disposant d'un service d'urgence.

59 Développer l'effort de recherche dans le domaine du vieillissement et des prises en charge des pathologies du grand âge.



DONNER AUX HÔPITAUX ET AUX ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX LES MOYENS D'AMÉLIORER ENCORE LEUR GESTION

/// Par une plus grande autonomie dans la gestion des ressources humaines

48 Alléger les procédures de recrutement des personnels de la fonction publique hospitalière et des médecins par les établissements. Le directeur et le président de la CME doivent être responsables du recrutement du médecin, par ailleurs nommé au niveau national conformément à un profil de compétences défini par le conseil exécutif de l'établissement (avec une possibilité de recours au niveau national en cas de conflit).

49 Affirmer la spécificité du statut d'EPS pour faciliter le recrutement contractuel des cadres présentant des compétences particulières (ingénieurs, contrôleurs de gestion, hôteliers...).

50 Généraliser les pratiques d'évaluation à l'ensemble des professionnels hospitaliers.

/// En leur offrant la visibilité et les outils nécessaires à l'accompagnement du changement

51 Donner aux établissements, dans un cadre contractuel, une visibilité budgétaire à un horizon d'au moins quatre ans sur l'ensemble des enveloppes hors tarifs (missions d'intérêt général et investissements stratégiques).

52 Clarifier et rendre plus transparentes les conditions de mise en œuvre de la tarification à l'activité.

53 Mutualiser au niveau régional et national les données nécessaires au partage d'expériences, les bases de données et les dispositifs de gestion des connaissances et d'enseignement à distance.

/// Par une adaptation de l'offre de soins aux besoins démographiques

60 Fixer aux Agences Régionales de Santé Publique des objectifs quantitatifs et qualitatifs de développement de l'offre sanitaire et médico-sociale dédiée aux personnes âgées.

61 Constituer des plate-formes de services dédiées au grand âge grâce à des partenariats entre collectivités territoriales, des associations et des établissements publics sanitaires et médico-sociaux et favoriser la participation des conseils généraux à l'investissement des établissements habilités à l'aide sociale.

RELANCER LA RECHERCHE BIO-MÉDICALE ET CLINIQUE

/// Par l'aménagement des structures de recherche

62 Constituer des équipes mixtes associant universitaires, hospitaliers et industriels au sein d'établissements publics de coopération scientifique (EPCS) et intégrer les centres hospitaliers dans les pôles de recherche et d'enseignement supérieur.

/// Par une clarification et un renforcement des rapports entre hôpital et université

63 Consolider le cadre inter-régional de la recherche afin d'atteindre une masse critique suffisante pour répondre efficacement aux appels d'offre européens.

64 Synchroniser les engagements entre les CHU, les facultés et les universités autour d'un projet commun au contrat quadriennal de l'université et au contrat d'objectif et de moyen des CHU. Intégrer les profils de compétences nécessaires à la réalisation des programmes d'enseignement et de recherche dans les contrats cosignés par l'Université et le CHU.

65 Généraliser une politique d'évaluation systématique des projets de recherche par l'Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur.

