



La métamorphose d'un système public de santé

PROPOSITIONS

- 1.** Renforcer les chantiers en cours tels que le développement rapide et obligatoire de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la formation médicale continue, la généralisation du DMP (dossier médical personnel), une coordination réelle entre médecine de ville et hôpital, etc.
- 2.** Réaliser, à l'échelon national, une étude portant sur le respect des indicateurs de qualité en matière de santé.
- 3.** Réaliser une étude équivalente en milieu hospitalier.
- 4.** Expérimenter le recueil d'indicateurs à l'échelle d'une région. À cette fin, identifier une région volontaire susceptible de recueillir et de publier les résultats de tous les établissements et professionnels concernés, sur une thématique commune de santé publique.
- 5.** Fixer des priorités parmi les premiers objectifs de santé publique à atteindre. Sur une liste de 100 indicateurs de santé publique, donner la priorité à 3 d'entre eux et demander à chaque professionnel de santé volontaire de fournir leurs résultats sur ceux-ci.
- 6.** Médiatiser les résultats. Les professionnels participant à ces différentes enquêtes pourraient, par exemple, voir leur nom figurer sur une liste consultable par tous sur Internet et dans les lieux de soins, *via* les CPAM. Cette mise en place devrait être accompagnée d'une communication large auprès des professionnels et du grand public.



- 7.** Organiser une mission d'étude auprès de la *Veterans Health Administration (VHA)* sur la thématique du dossier médical électronique et de la mise en place des objectifs de qualité avec des directeurs et responsables du ministère de la Santé, de la CNAM, des syndicats médicaux, des mutuelles et des assurances.
- 8.** Prévoir un DMP commun à l'hôpital et à la médecine de ville. S'inspirer en cela de l'exemple de la VHA pour l'aspect « dossier électronique unique pour les professionnels de santé », et du DMP actuel pour l'aspect « dossier de synthèse pour le grand public ».
- 9.** Améliorer la sécurité de la prescription hospitalière à l'aide du code-barres, ce risque n'étant pas éliminé par le dossier médical informatisé dont ce n'est pas la fonction de vérifier si le bon médicament a été prescrit à la bonne personne.
- 10.** Organiser la visite, par des professionnels de santé français concernés par la création de maisons médicales, des centres médicaux *Veterans* de ville afin d'étudier la répartition et l'optimisation du rôle des professionnels de santé.
- 11.** Favoriser la mise en place de moyens innovants (*telemonitoring*, télémédecine, etc.) à la médecine de ville comme à l'hôpital grâce, à l'instar de la VHA, à un système de budgétisation régionale, basé sur le profil de la population à soigner. Expérimenter cette idée dans les régions volontaires sur la base de quelques pathologies.
- 12.** Expérimenter la régionalisation des soins afin de définir, région par région, les structures sanitaires qui répondent le mieux aux besoins de la population.
- 13.** Revoir les modalités de contractualisation en faisant évoluer progressivement les professionnels de santé de la contractualisation collective vers une contractualisation individuelle, avec une incitation forte à atteindre les objectifs de qualité. Les hospitaliers, comme les professionnels en ville, peuvent être contractualisés et ainsi bénéficier d'une rémunération liée à des objectifs de qualité, que cette rémunération soit sous forme salariale ou à l'acte.

INSTITUT
MONTAIGNE

