

From: [REDACTED] (SANTE)
Sent: mardi 30 juin 2020 10:32
To: [REDACTED] (SANTE)
Subject: FW: mission reports FR
Attachments: Annexe 1 mission repor WB FR 08.11.18 ONDPS - GROW.docx; Annexe 2 mission report WB FR 08.11.18 med professions GROW.docx; Mission report WB FR 08.11.2018.docx

Follow Up Flag: Follow up
Flag Status: Flagged

Same for this mail and annexes. Thanks for registering

Forgot to send them earlier this week...



European Commission

Health and Food Safety Directorate General (SANTE)
Unit B1: Performance of national health systems

Mail address:
European Commission
Health and Food Safety Directorate General (SANTE)
B232 [REDACTED]
Rue de la Loi 200
B-1049 Brussels, Belgium

Entrance to the building: Rue Breydel 4

Phone +32 229 [REDACTED]

Email [REDACTED] @ec.europa.eu

The views expressed are purely those of the writer and may not in any circumstances be regarded as stating an official position of the European Commission. This message may contain personal and other confidential data that are entrusted to the recipients specified in the header of the message.

Réunion avec l'ONDPS Mercredi 7 novembre 14 :00 – 15 :00

Participants ONDPS : [REDACTED] l'ONDPS et une collègue

Participants Comission : [REDACTED] (SANTE), [REDACTED] (GROW)

[REDACTED] commence la réunion en nous présentant la structure du ministère de la santé et l'historique de la création du numérus clausus.

4 DGs pour la santé :

DG de la santé (DGS) : loi bioéthique +

DG de l'offre de soins (DGOS) : organisation du système de santé – gestion des hôpitaux – gestion des professions (NC formations etc.)

DG de la cohésion sociale (DGCS): pauvreté – EHPAD

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES): direction des études et stats.

L'ONDPS : travaille surtout avec la DREESS et avec la DGOS sur les projections et le Numérus Clausus(NC)

Le RPPS : répertoire des professionnels de santé, répertorie 4 professions médicales (Médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes). Il est traité à la fois par CNOM et DRESS

Historique du NC

[REDACTED] nous explique que le NC a été créé en 1972 suite à la situation chaotique engendrée par 1968 qui avait vu le nombre de diplômés en médecine démultiplié et qui dès lors était supérieur à la capacité de formation dans les hôpitaux. Ainsi à l'origine, le NC n'était pas un dispositif budgétaire de régulation.

C'était engendré par une peur des médecins de perdre leur activité. Suite à cette inflation de médecins après 1968, le NC a encore été diminué entre la fin des années 80 et 1990 (médecins, dentistes,). La situation a cependant été différente pour la maïeutique et les pharmaciens.

Les effets de cette baisse du NC se font sentir particulièrement aujourd'hui

Dans les années 2000, il y avait par rapport au NC des opinions différentes assez radicales. D'une ceux qui voulaient augmenter le NC et ceux qui voulaient le baisser en disant que « l'offre crée demande », plus il y aurait de médecins, plus il y aurait de malades.

Cependant le développement de nombreuses innovations, le changement d'attitude générationnel vis-à-vis du travail du médecin (plus de temps partiel) et le vieillissement de la population, lequel a entraîné une augmentation de demandes de soins, ont fait que le besoin en personnel médical a évolué.

On se retrouve donc avec une relative pénurie pour les 10 années à venir.

Implications d'une augmentation voire suppression du NC

Qu'il s'agisse des médecins ou des dentistes, une augmentation du nombre d'étudiants impliquera une augmentation du nombre de place de stages pour la formation « pratique ». or ce nombre commence à être très réduit. Pour ce qui concerne les dentistes, le NC actuel correspondrait au max des capacités de formation au niveau des stages

Des solutions sont testées pour palier à cette pénurie de places de stages :

Développement des maîtres de stages en villes (en ambulatoire) mais alors il faut prévoir des mesures d'aide aux médecins. La loi santé prévoit une aide pour tout médecin prenant un stagiaire.

En odontologie problème est différent car ils ont juste besoin de bouches donc des mannequins, des morts, ou des personnes qui vont à l'hôpital peuvent permettre au dentiste de pratiquer et d'apprendre.

Les stages dans les cliniques privées sont compliqués à obtenir car un stagiaire coûte cher au professionnel en pratique privée car il est moins rentable. Ainsi ces dernières offrent peu de débouchés

Suppression du NC : De quoi parle t'on ?

De fait la suppression du NC ne résoudrait pas tout, et face à une embolisation du système (pénurie actuelle d'ophtalmologues, système d'urgences surchargés) d'autres leviers que l'augmentation du nombre de médecins peuvent être mis en place. C'est notamment ce qu'essaye de faire le plan Santé 2022 en développant par exemple certaines infirmières vers un profil d'infirmière en pratique avancée (spécialisées) qui reprendraient certaines tâches de médecins ou en élargissant certaines tâches simples (par exemple vaccination) aux infirmières ou à d'autres professions (pharmacien). Les médecins ont aussi poussé à la création d'une nouvelle profession d'assistante médicale qui reprendrait certaines tâches simples des infirmières.

La France ne veut pas d'une logique purement quantitative d'augmentation du nombre de médecins

Besoin médical si pas d'offre, ne s'exprime pas si pas dans sécu pas remboursé et donc pas demandé.

Derrière l'idée de la suppression du NC, il y a l'idée de changer le mode de sélection des étudiants.

Prochaine étapes

Suite à l'annonce de la suppression du NC, un groupe de travail a été créé sur les parcours d'étudiants dans les trois premières années.

Rencontre organisations représentatives des professions de santé

7 Novembre 2018

Participants organisations professionnelles

[REDACTED] : conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

[REDACTED] Euralia pour les masseurs-kinésithérapeutes

Pharmaciens [Les pharmaciens ne se sont pas exprimés lors de la réunion et ont envoyé des réponses écrites au questionnaire]

[REDACTED] l'Ordre des médecins ainsi que 3 autres collègues

[REDACTED] ordre national des chirurgiens dentistes

Participants Commission :

[REDACTED] (SANTE), [REDACTED] (GROW), [REDACTED] (GROW)

[REDACTED] (SG), [REDACTED] (ECFIN)

Sur la suppression du Numérus Clausus et la réforme des études médicales

Les masseurs-kinésithérapeutes, les médecins, les dentistes ne sont pas hostiles à la suppression du Numerus Clausus (NC) , qu'ils estiment de toutes façons désormais superflu car détourné du fait de l'existence de la procédure de reconnaissance européenne des qualifications.

Dans le cadre du contournement du NC les dentistes constatent la création d'écoles de dentistes privées en Roumanie ou Espagne indépendamment des besoins du pays, dans lesquelles des français vont obtenir des diplômes, puis revenir en France. C'est ainsi qu'à NC constant la population de dentistes augmente de 18% chaque année.

On peut noter aussi que certains étudiants ayant échoué à la PACES font eux le choix d'aller étudier en Afrique plutôt que dans un autre pays de l'Union européenne et reviennent demander la reconnaissance de leurs qualifications ensuite en France. Cependant les médecins estiment à environ 4000 le nombre de médecins diplômés d'Afrique n'ayant pas obtenu la reconnaissance et exerçant sous la tutelle d'un médecin français inscrit à l'ordre. L'absence d'enregistrement à l'ordre de cette population fait qu'ils sont difficiles à suivre.

Sur la réforme des études médicales

Les médecins sont conscients qu'une réforme des études médicales est nécessaire pour éviter le couperet de la PACES humainement difficile et pour éviter la sélection de médecins uniquement sur base de certains profils (plutôt matheux). Pour eux il serait plus approprié d'établir des quotas par région/département (NC par territoires) et d'aller vers une sélection progressive tout au long des années avec l'établissement de passerelles. Par ailleurs l'examen national classant va être supprimé et remplacé par un examen au fil de l'eau.

L'offre de stage en CHU (hôpitaux universitaires) tend à se réduire. Cela peut poser des problèmes. En général, les médecins considèrent les capacités des universités limitées.

Les masseurs-kinésithérapeutes demandent à faire partie des commissions de réflexion sur la réforme des études médicales. Les médecins y sont déjà.

Les masseurs-kinésithérapeutes veulent rester dans la voie universitaire. Ils veulent que le BAC+5 soit acté.

Les infirmiers – kinés – infirmiers - pédicures – podologues souhaitent tous passer par l'université dans le futur.

Déserts médicaux

La suppression du NC n'est pas un remède pour les déserts médicaux et un éventail de mesures diverses devrait être prises pour supprimer les déserts médicaux. L'ordre des médecins est attaché à une régulation par territoire.

Europe

Les dentistes demandent la mise à jour de l'Annexe V et un contrôle de la qualité dans la continuité du diplôme mentionné dans l'annexe V → faille pour la bonne marche de la directive. Par comparaison, dans le cadre du CETA, un contrôle régulier via une accréditation limitée dans le temps a lieu. En général ils demandent une approche européenne de coordination plus soutenue.

Les médecins soulignent que de grandes différences existent entre les formations de médecins spécialistes en Europe (années d'études varient de 3 à 8 ans). Par ailleurs les actes réalisés varient à l'intérieur des spécialités : en Allemagne par exemple les urologues n'opèrent pas.

Les dentistes demandent à la Commission européenne si elle a des chiffres sur l'accès partiel en Europe. Les masseurs- kinésithérapeutes notent que l'accès partiel n'est pas numérisé en Europe (pas partie de la Carte professionnelle européenne)

Question 2 : Besoins en terme de formation

Infirmiers: On passe à l'université cette année et on a besoin d'investissements pour offrir une formation de qualité.

Les masseurs-kinésithérapeutes indiquent qu'il manque 3000 équivalents temps plein à l'hôpital car en salarié hospitalier, un masseur-kinésithérapeute gagne beaucoup moins. Les masseurs-kinésithérapeutes compétents partent en libéral et donc les offres de stage de qualité en hôpital se réduisent. Ceci est dû au fait que les IFMK sont privés bien souvent. Les masseurs-kinésithérapeutes doivent donc rembourser les études et ne peuvent se permettre de rester simple salariés.

Dentiste : Avec la suppression du NC il est inévitable que les besoins en formation vont augmenter.

Il y a par ailleurs un besoin en formation parodontaires.

Offre de soins - Organisation des professions de santé

Pour les médecins: le développement de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) devrait permettre d'augmenter l'offre locale. Cependant sur les 1000 CPTS qui étaient prévues en 2016, à ce jour seulement 200 ont vu le jour. Par ailleurs pour les masseurs-kinésithérapeutes qui ont besoin de surface souvent la participation aux charges de l'infrastructure sont plus importantes.

Concernant certain soins on est dans des situations dramatiques (psychiatrie).

On peut aussi noter que les masseurs-kinésithérapeutes demandent l'accès direct au patient et non pas seulement sur ordonnance du médecin.

Pour pallier à certaines carences en matière d'offres de soins on envisage de faire bouger les activités réservées des professions en permettant à certaines infirmières dites en pratique avancée de faire des actes habituellement réservés au médecin, en créant une profession d'assistant dentaire de niveau 2 , ou en créant une profession d'assistante médicale ayant vocation à assister le médecin à un niveau différent que les infirmières.

Les dentistes annoncent effectivement qu'une réflexion a lieu sur la création d'une assistante dentaire de niveau 2 : la création d'un nouveau métier (qui serait similaire à la profession d'hygiéniste dentaire). La définition des actes reste cependant à faire.

Les infirmiers sont irrités voir inquiets de la création de la profession d'assistante médicale, qui selon eux empiète sur la profession d'infirmière. Pour les médecins, le but n'est pas de remplacer les infirmiers dans la mesure où elle ne sera pas formée à faire des soins mais à préparer les visites du médecin.

Question 6 : modalités d'exercice en société

Pour les médecins c'est en général le régime de la société d'exercice libéral (SEL) qui est choisi. Pour l'exercice interprofessionnel ce sont les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA). Ce dernier est un modèle intéressant mais qui a ses limites. Elle doit compter au moins deux médecins et un auxiliaire médical parmi ses associés. Selon les médecins les regroupements interprofessionnels actuels ne sont pas adaptés.

55% des dentistes exercent en Société

Ouverture du capital : Pour les ordres dès lors qu'il y a ouverture du capital, on arrive dans le modèle des chaînes et il y a très vite dérive vers la recherche du rendement. Les ordres sont en faveur du capital réservé aux professionnels de santé.

Le système des maisons de santé est une initiative intéressante mais le modèle devra sans doute encore être retravaillé.

Système d'alerte européen – accès à IMI – Carte professionnelle européenne

IMI est surtout utilisé pour demander le champ des compétences

Système d'alerte ne fonctionne toujours pas selon les professions de santé présentes.

Par ailleurs la procédure carte professionnelle européenne fonctionne pour les masseurs – kinésithérapeute. Cependant la procédure n'est pas forcément plus simple que la procédure papier. Par ailleurs pour certains pays, les diplômes avant d'être envoyés ne sont pas toujours contrôlés, les cartes d'identité non plus. Notamment pour les documents venant de pays sans entité d'enregistrement certifiée cela peut être un problème. Les pharmaciens estiment que le système est encore dans une phase de rôdage. Pour eux la décision de reconnaissance du diplôme précède la procédure d'inscription à l'Ordre avec laquelle elle ne se confond pas.



COMMISSION EUROPÉENNE
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE ET SECURITE ALIMENTAIRE

Brussels, 21 November 2018

MISSION REPORT

MIPS NO	DL-18-1613241
CHARGÉ DE MISSION	<u>, SANTE B1</u>
	<u>OTHER DGs ATTENDING:</u> <i>HEALTH MINISTRY: [REDACTED] ECFIN, [REDACTED], GROW</i> <i>PROFESSIONS, ONDPS: [REDACTED], DG GROW</i> <i>HOSPITAL FEDERATIONS FHF AND FHP: [REDACTED], ECFIN, [REDACTED], (COMM-PARIS)</i>
To	PARIS, FRANCE
WHEN	7.11.2018
SUBJECT	Fact-finding mission
COUNTERPART(S)	FR Ministry of Solidarities & Health, Health Professionals' organisations, Observatory on health , FHF)
OBJECTIVE OF THE MISSION:	To discuss challenges and developments in the French healthcare system

Main issues and conclusions:

The Strategy 'Ma Santé 2022', that was presented by the President and the Minister of Health in late September 2019. 'Ma Santé 2022' is to foster the coordination and cooperation between various health professions in primary, ambulatory specialist and inpatient hospital care, and for better access to quality healthcare throughout the country.

While the government considers the strategy as a major step towards a better coordination of care, better access to care in the regions and an opening up and reform of medical and paramedical professions, the health professions in particular were somewhat critical, in particular on the creation of new professions in health care (advances nurses and medical assistants, for instance) and the doctors were critical towards a transition of certain competences to nurses, while the nurses are in favour. However, the overall need for reform was not put into question.

It was also interesting to see that the federation of public hospitals as well as the federation of private hospitals where somewhat critical of the reform and see themselves possibly footing the bill of the shift towards primary and ambulatory care, that successive French governments have been pursuing for years. Still, the FHP's position seemed a bit more flexible, given that they are offering a selection of the more cost-effective interventions (e.g. day surgeries) in an ambulatory setting.

I got the impression that the success of 'Ma Santé 2022' will to a large degree depend on the active support and involvement of the medical professions and a clear legal and organisational framework that will need to be adopted in the coming months and years to set the right incentives for efficiency, care coordination and an equitable provision of health care (in particular general healthcare) in all parts of the country. Electronic health services play a key role in the government's strategy, but the stakeholders we saw seemed to put not so much attention to them, yet. Again, the stakeholders will need to follow and possibly adapt.

The reform of the French healthcare system is just moving on to another stage...

Discussions:

FRENCH MINISTRY OF SOLIDARITIES AND HEALTH

Meeting with a delegation led [REDACTED]; [REDACTED] bureau des politiques et des relations européennes; Délégation aux affaires européennes et internationales.

Regional disparities in the availability of healthcare staff, described as "medical deserts" are an important political issue. France ranks slightly below average in Europe in terms of medical density, with a ratio of 3.1 doctors per 1,000 inhabitants¹, and access to care has become difficult in some geographic areas, mainly in rural zones, peri-urban zones and 'sensible' urban zones, given the lack of sufficient practising doctors.

The French Ministry of Health underlined that there was no immediate and miraculous solution to the problem, given it has to do with demography (27% of doctors are 60 or over, and there is a relative lack of trained younger doctors, esp. in general practice), changes in the gender composition of doctors (about 60% are now women) and in the work habits of doctors (a general increased desire for a better reconciliation of work and family life, i.e. avoiding long hours and overtime).

The implementation of the 2017 plan for access to care in the regions is showing first result. The Ministry highlighted 4 of them:

- So far up to 600 physicians benefited from financial support to the establishment of medical practice in an underserved areas: Doctors can receive up to €50 000 if they set a practice to work for at least 4 days a week.
- Up-grading the nursing professions. As from 2018 the profession of 'nurse in advanced practice' will be created. Education of the first nurses in a 5 years course (3 years plus 2) has just started in 2018. The Ministry expects between 500 and 600 students to be educated within the next 3 years. These nurses, who are expected to work mainly in an independent own practice, will be allowed and able to perform advances nursing task , including task so far limited to the practice of a medical doctor.
- Coordinated practice in pluri-professional teams (*exercice coordonné dans équipes pluri-professionnels*). Medical professionals in a geographical area can cooperate to improve patient pathways. They can cooperate in so-called medical homes ('maisons de santé') where health professionals that cooperate stay independent or they work in a medical centre (*centre de santé*) where they receive a salary. The government has so far spent €350 million for the creation of medial homes. There are up to 539 medial homes now in France.
- Traineeships in general medicine in underserved regions for medical students: Students receive an extra salary of € 200, plus financial support for travel and lodging during their traineeship in an underserved region.

The Strategy 'Ma Santé 2022', that was presented by the President and the Minister of Health in late September 2019¹ is to foster the coordination and cooperation between various health professions in primary, ambulatory specialist and inpatient hospital care, and for better access to quality healthcare throughout the country.

One short-term measure consists in hiring 400 family doctors in so-called "medical deserts".

Also the abolition of the *numerus clausus* (which is, in fact, an annual quota of students allowed to study) is expected to contribute to mitigating the challenge of medical deserts, but only in the very long run, as medical studies in France take many years, according to the Ministry of Health.

'Ma Sante 2022' foresees also the creation of up to 1000 professional territorial health communities (*Communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS*). These communities, which were created in the

¹ OECD, Health at a Glance. Europe 2018

2016 healthcare modernisation law, are regional associations of different medical, paramedical and social care professions to ensure, e.g. short waiting times, access to a general practitioner, the cooperation with local hospitals or care at the patients' home.

Hospitals in France will be classified into three categories: local health care, specialized care and ultra-specialized care—each focusing on its priorities, to optimize patient care. Between 500 and 600 local hospitals ('hôpitaux de proximité') should become operational by 2022, offering basic services in hospital care. They should (if they are public hospitals) be integrated with the territorial hospital groups (*groupements hôpitaliers de territoire, GHT*) that were created by the 2016 law to improve the cooperation between public hospitals within a defined geographic area. Areas of cooperation are, for instance, to converge to unique information systems in GHT, the coordination of training inside a GHT and joint procurement by all providers in a GHT.

Up to date there are 135 GHT. They are very diverse in membership and geographical coverage, ranging from 2 participating hospitals to more than 20. The process of establishing GHT is currently stagnating, and the government is considering to boost the process, e.g. by new provisions according to which members in a GHT (where each hospital stays so far an independent entity in particular in financial terms) should in the future foresee solidary financing among each other. Another reflection is to give to university clinics not just a coordination function but a lead function in the GHTs. According to the Ministry, the medical staff in the hospitals are rather open to the reform and welcome the possibilities of increased cooperation across establishments and professions. The hospital managers and administrators, however, are critical.

To note that GHT are for public hospitals only, but the government encourages also private hospitals to develop a coordinated cooperation with GHTs.

E-Health

The 2016 to 2020 eHealth strategy aims to develop digital platforms, strengthen security, foster innovation and develop 'big data' to support, for instance, the development of new tools for monitoring or diagnosis. E-prescribing has not yet been implemented in France, yet

In its recent health system transformation strategy, the French government announced its intention to provide to all users of the healthcare system with a personalised digital space by 2022, including, for instance, electronic health records or for making doctor's appointments.

Teleconsultation, i.e. remote consultations between patients and their healthcare practitioners have been available in France as part of the coordinated care pathway since the 2018 Social Security Financing Bill. As of September this year reimbursement by the national health insurance of a telemedical consultation is possible subject to requirements of being conducted by video-transmission, being integrated within the coordinated care pathway and the patient already being known to the teleconsulting physician. To encourage further uptake practices are no longer required entering into contracts with regional health agencies or set-up an agreement among the doctors conducting the telemedicine. It is also foreseen to extend telemedical consultations to advanced medical practice as of February next year.

Pharmaceuticals

In the previous years, some efficiency gains in pharmaceutical spending have been achieved, but high-cost originator medicines and the low use of generics remain an important challenge. On the high cost of originator medicines, a working group on reform of medicines evaluation is to present results and proposals in spring 2019.

Between 2006 and 2016, the generic market share in volume nearly doubled in France, rising from 14.5 % to 26.5 %. However, this share remains below the EU average and far below the share in countries such as the United Kingdom, Germany and Spain.

The government insists that the generic substitution rate is already more than 80% in 2017. The draft law on the

financing of social security 2018 foresees that as of 1 January 2020, an originator medicine that is substitutable by a generic is reimbursed only at the price of the generic (even against the will of the patient) unless there are objective medical reasons for taking the originator medicine that have to be confirmed by the doctor. This should save up to € 100 million in the short term. The draft law also seeks to clarify the conditions under which a doctor can declare an originator medicine as 'non-substitutable by a generic', which have to be defined by the national agency for the security of medicines and medical products (*agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé*).

MEETINGS WITH THE MEDICAL PROFESSIONS (MEDICAL DOCTORS, DENTIST, KINESTHERAPEUTES AND NURSES) AND WITH THE NATIONAL OBSERVATORY ON MEDICAL PROFESSIONS (ONDPS), see reports by DG GROW in the annexe.

MEETING WITH THE FEDERATION OF PUBLIC HOSPITALS (FÉDÉRATIONS HOSPITALIÈRE DE FRANCE - FHF)

*pôle Finances ,
pôle Offres de soins*

The French hospital Federation gathers more than 1 000 public health care establishments (hospitals) and more than 1 000 public retirement homes. The Federation represents almost 100% of public hospitals.

Although FHF is in general positive about 'Ma Santé 2022', they are critical towards the ensuing implementation measures, such as the draft law on financing social security. They think that the hospital sector has already been footing the bill of French healthcare reform for too long, experiencing successive cuts and financial deficit. They regard the primary care sector to be in the more favourable position, receiving more political and financial support.

While, according to FHF, the budget for the national health insurance is to increase by 2.5% from 2018 to 2019, the hospitals will be required to save € 800 million. While the hospital sector has again spent less than its financial objective in 2018 (€105 million less than foreseen), the savings in hospital care are used to promote primary and ambulatory care.

FHF would like to see the DRG rates for hospitals to be increased by 1 % and supports an overall reform of payment systems.

FHF demands that lump-sum payments, similar to the DRG system that is established in French hospital care, should also be applied in primary and ambulatory care, in order to contain what they consider a cost inflation in primary care. They also think that primary care sector should be obliged to provide on-call services as the hospitals do, and also the primary and ambulatory care in general would benefit from a reorganisation in France.

In general, FHF supports the shift to more ambulatory care in France, underlining the increasing activity of public hospitals in day-surgery, ambulatory consultations and hospitalisation at home. Still, they think that hospitals are footing the bill for the '*virage ambulatoire*' of successive governments.

MEETING WITH THE FEDERATION OF PRIVATE HOSPITALS, (FÉDÉRATION HOPSPITALIÈRE PRIVÉE)

relations institutionnelles

FHP represents 1 030 private medical establishments in France which cover for 32 % of activity in the French hospital sector and 28% of the costs incurred for hospital care in France, which FHP sees as a sign of the private hospital's efficiency (However, they usually do not provide for certain high cost services, such as emergency rooms, but this is, according to FHP, mainly due to the government being reluctant to authorise emergency rooms in private hospitals).

The hospital sector in France has been in constant transition over the last years, with more international providers entering the private market and the overall reduction of beds in hospitals.

Similar to FHF, FHP considers the hospital sector to foot the bill for savings in French healthcare, with DRG rates being reduced effectively over the previous 6 years. Therefore, FHP also supports the demand of all hospital federations in France for a 1% increase for 2019.

FHP welcome 'Ma Santé 2020' in so far as it opens the door for better cooperation between professions and establishments in healthcare, creating more effective patient pathways, increasing quality of care in particular for patients with chronic conditions and strengthening the geographical access to care. Still, they think the strategy does not provide enough incentives for innovation and efficiency, also in the ambulatory and primary care sector.

FOLLOW UP TO BE GIVEN

FINDINGS WILL BE INTEGRATED IN THE EUROPEAN SEMESTER COUNTRY REPORT

OTHER REMARKS

Ministry of Solidarities and Health [redacted] stated their interest in pursuing such dialogues on a regular basis.

ANNEXES

-REPORTS ON MEETING WITH MEDICAL PROFESSIONS AND THE ONDPS