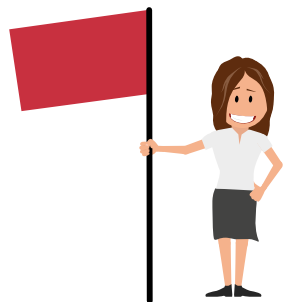


Présentation des propositions de réforme des modalités de financement du système de santé

Task Force Réforme du Financement

Sommaire

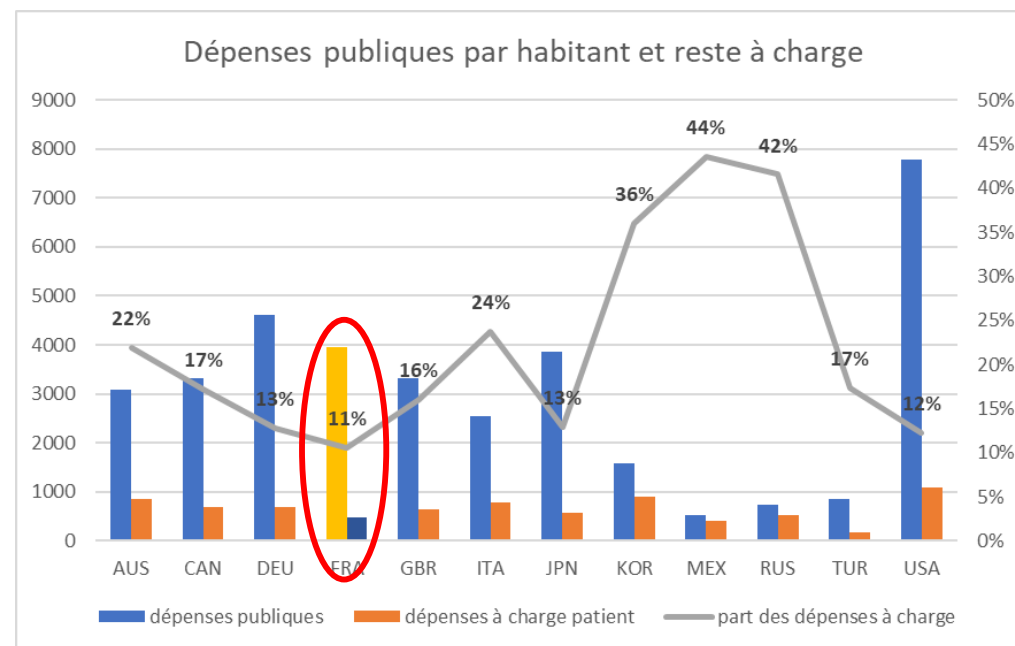
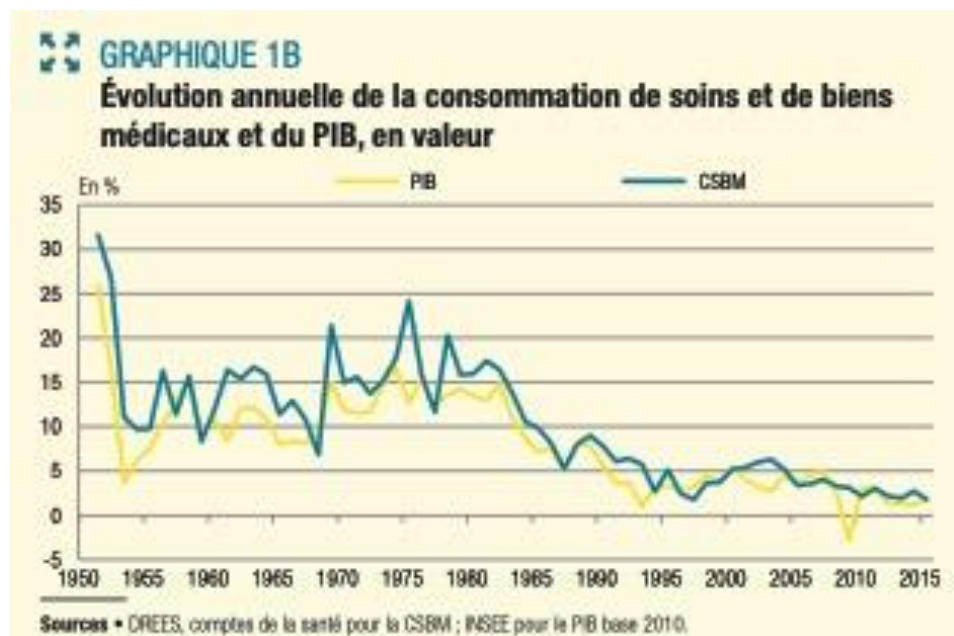
1. Les constats qui expliquent la nécessité de la réforme
2. La vision cible : les paiements combinés
3. Les propositions d'application
4. Nomenclatures
5. Régulation et pertinence
6. Calendrier et méthode



1- Les constats qui expliquent la nécessité de la réforme

Malgré un niveau de dépenses de santé important

- La France se situe au 3^{ème} rang pour le niveau des dépenses de santé derrière la Suisse et les USA
- Ce niveau de dépenses est très largement socialisé avec un reste à charge de l'ordre de 11%.
- La dynamique des dépenses est supérieure à la progression de la richesse nationale de l'ordre de 2% sur la période 1950 à 2015. Depuis 1980, l'écart moyen est de 1%.



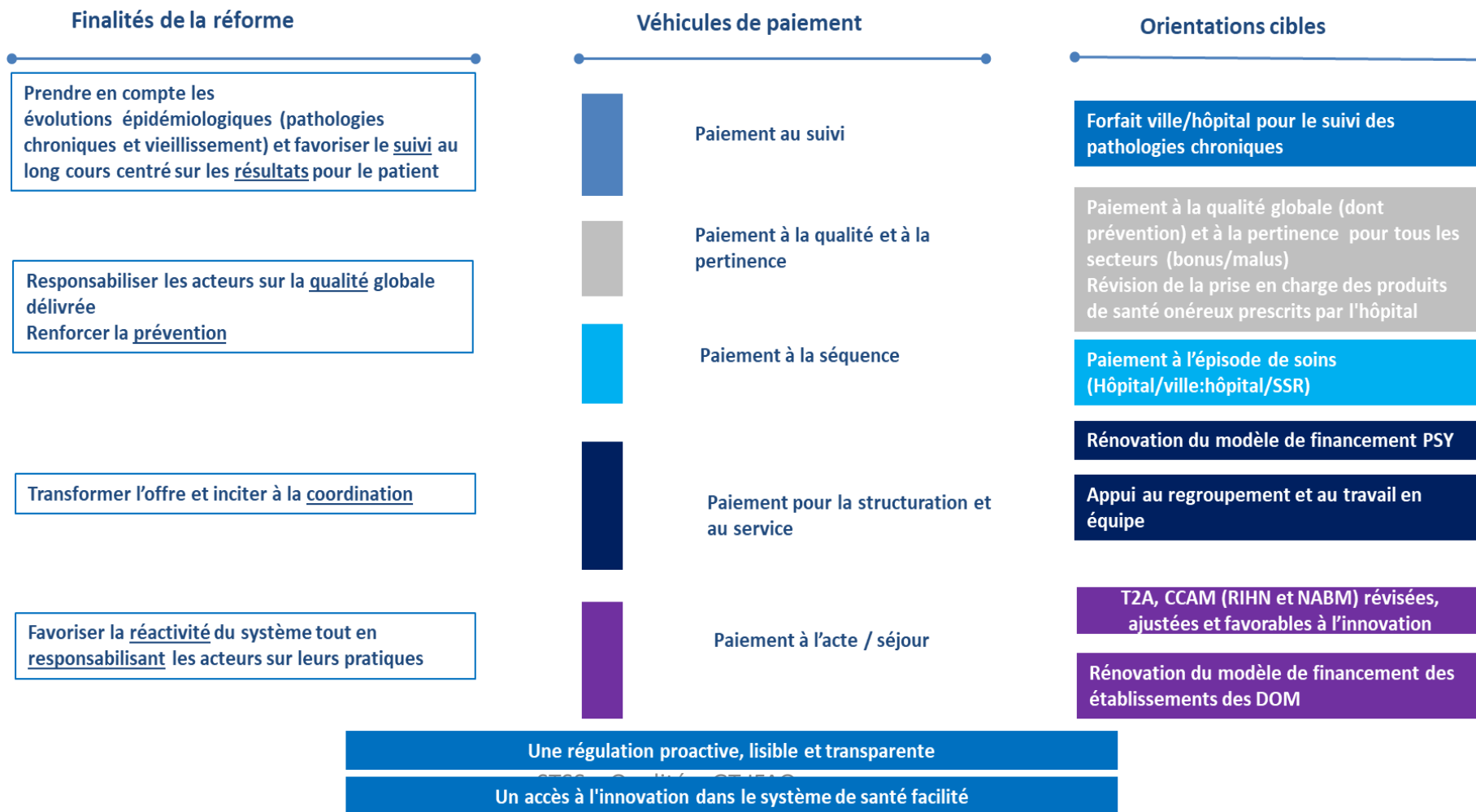
1- Les modèles de financements actuels expliquent pour partie ces résultats contrastés

- Un système de santé en « tuyau d'orgue » au sein duquel des modalités de financement différentes cohabitent
- Une prégnance du paiement à l'acte ou à l'activité qui incitent à la réalisation d'actes et moins à la prévention ou au suivi au long cours
- Une qualité des résultats ou du suivi qui n'intervient que très marginalement dans les modalités de financement
- Des inégalités de financement entre régions pour certaines spécialités qui induisent des difficultés d'accès aux soins
- Des nomenclatures complexes et peu évolutives qui adressent des signaux contradictoires aux professionnels
- Un mode de régulation qui permet difficilement aux professionnels et aux établissements de se projeter



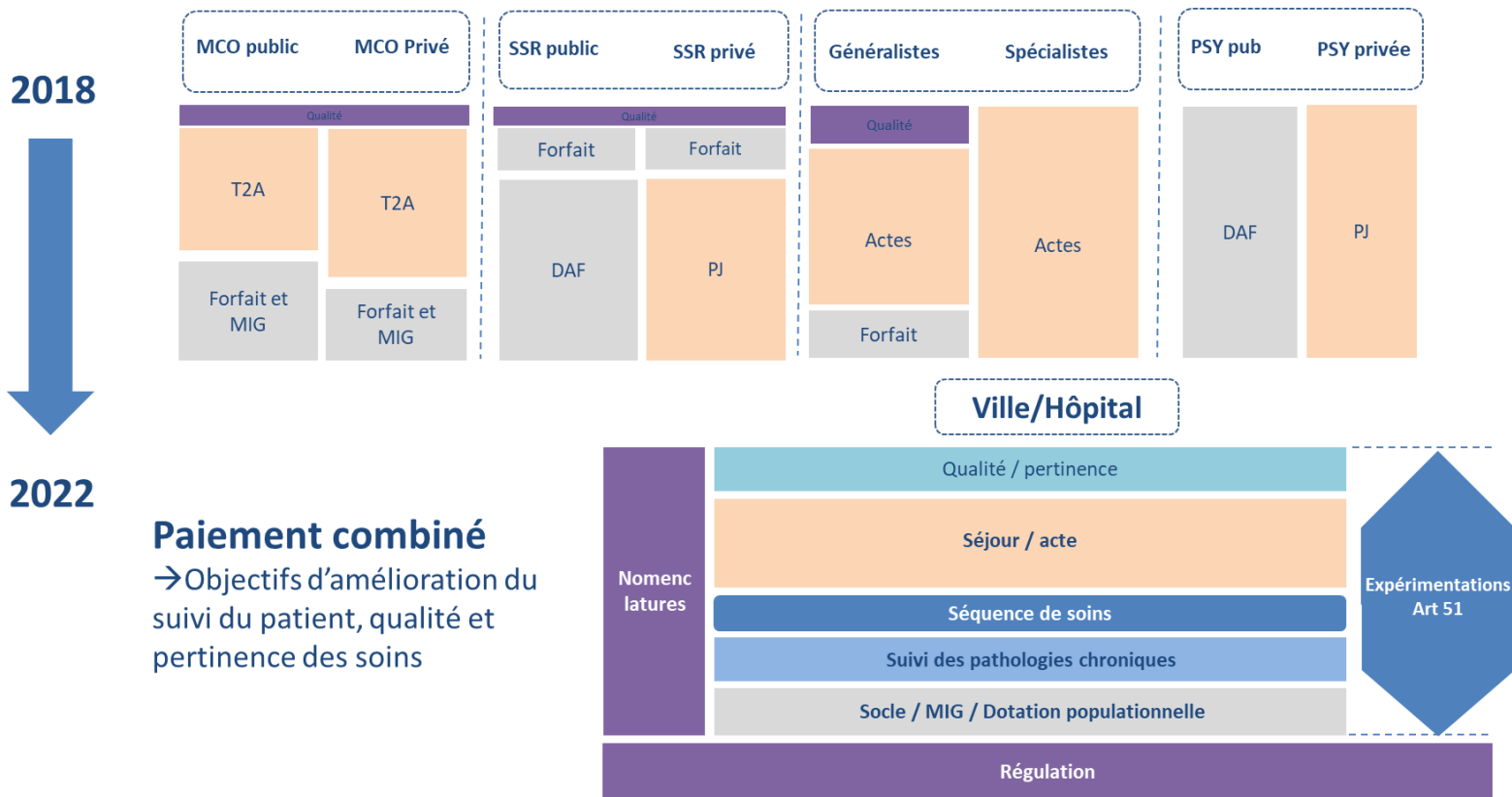
2- La vision cible : des paiements combinés

- Pour faire face aux enjeux, il est nécessaire de **combiner** différents modes de paiement afin de s'adapter aux modes d'organisation des professionnels.
- Dans tous les pays avec un système de santé développé, les professionnels sont rémunérés avec un mix de modalités en fonction des patients pris en charge et des objectifs de santé publique poursuivis



2-La vision cible : des paiements combinés

- La combinaison des modes de paiement concernera, à terme, l'ensemble des secteurs du système de soins.
- Le mix sera, évidemment, différent selon les acteurs mais l'idée est de faire en sorte que les intérêts des acteurs soient congruents et non concurrents
- La révision des nomenclatures doit venir accélérer l'introduction des nouvelles techniques médicales
- Enfin, la régulation doit apporter aux acteurs une lisibilité accrue



3-Les propositions d'application

A- les pathologies chroniques

- Les pathologies chroniques concernent 20 millions de patients en France et représentent 60% des dépenses de l'assurance maladie.
- La prise en charge de ces patients nécessitent un suivi au long cours qui comprend des interventions pluriprofessionnelles dont l'intensité peut varier selon les moments de la maladie
- L'objectif de ces prises en charge est la stabilisation ou le ralentissement de la progression de la maladie.
- Dans ce cadre, le paiement à l'acte ou à l'activité n'est plus vraiment adapté.
- C'est pourquoi, un forfait substitutif au financement actuel, fonction du volume de patients pris en charge et ajusté à la qualité et au risque du patient, est le moyen le plus approprié pour répondre aux besoins des patients et des professionnels.
- La mise en œuvre de ce nouveau mode de paiement requiert de procéder par étape car le système n'a pas été conçu pour rémunérer forfaitairement les professionnels et les établissements.



Focus : le paiement pour le suivi des pathologies chroniques

2- Grandes Etapes

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



Task force réforme du financement

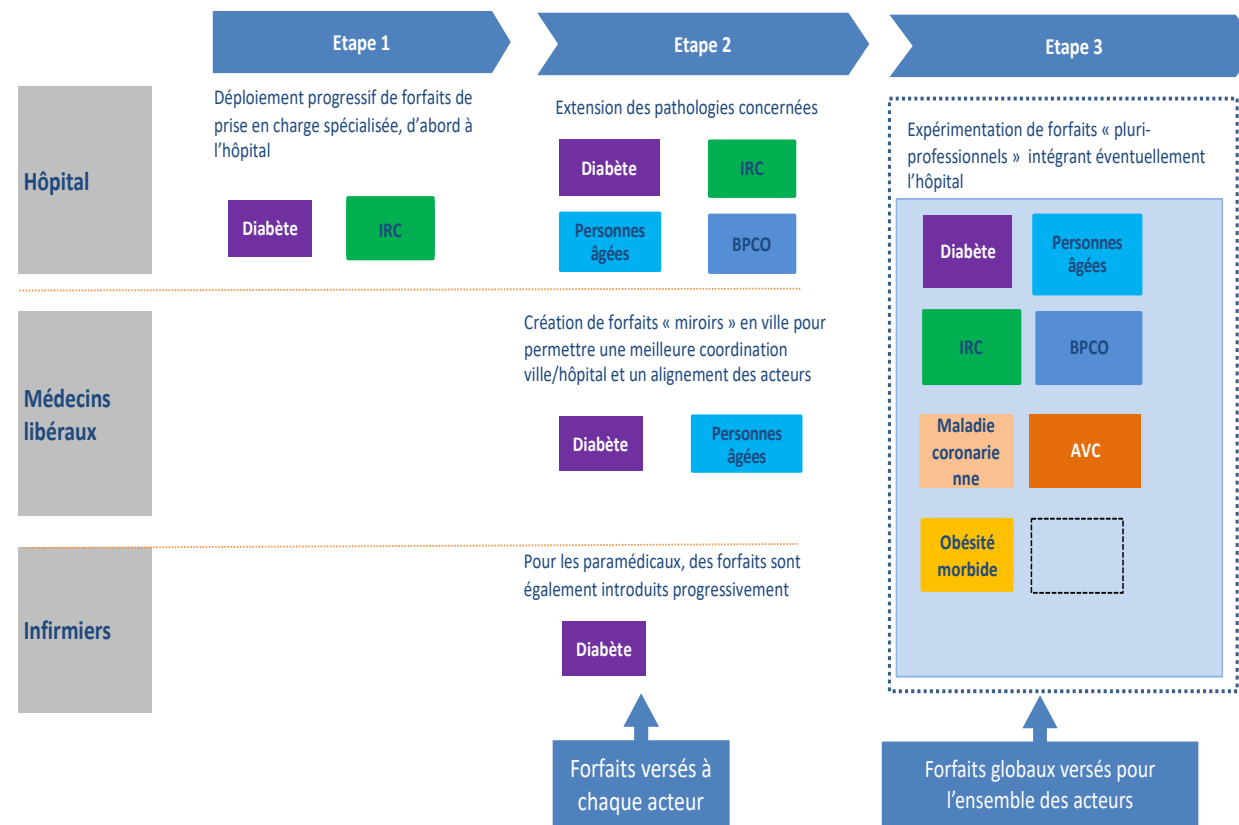
- La 1ère étape 2019 ne concerne que les établissements de santé :

→ mise en place d'un forfait de « transformation » pour le diabète et la maladie rénale chronique au stade 4 et 5

- Conditions: une file active minimum, une équipe spécialisée, un cahier des charges engageant les établissements
- 2 modalités:
 - Diabète : Forfait se substituant à la prise en charge actuelle: consultations, HDJ, FPI, hospitalisation courte
 - Maladie rénale chronique : Forfait finançant une nouvelle prise en charge

- La 2nde étape concernera :

- Les établissements de santé avec la mise en place de forfaits pour les autres pathologies chroniques
- Les médecins libéraux avec la création de forfaits « en miroir » en vue de favoriser la coordination et l'alignement des acteurs
- Les paramédicaux avec une introduction progressive de forfaits dans un 1^{er} temps pour les infirmiers



Focus : le paiement pour le suivi des pathologies chroniques

2- Grandes Etapes

- La 3ème étape est constituée des forfaits globaux versés à l'ensemble des acteurs : expérimentation des forfaits pluri-professionnels dans le cadre de l'article 51

La mise en place de ces forfaits s'accompagne de la mise en place d'indicateurs:

De qualité dont des indicateurs d'expérience patient

D'activité (il sera nécessaire de réaliser une activité minimale pour bénéficier de l'intégralité du forfait)

De liens entre les professionnels en charge du patient

Ville ↔ Hôpital



3- Les propositions d'application

B- rémunération à la qualité

- Le premier garant de la qualité de notre système c'est l'engagement de nos professionnels et des établissements au service des patients
- Cet engagement doit pouvoir être mesuré, transparent et récompensé
- Il doit être aussi complété par le point de vue du patient c'est-à-dire son expérience de la prise en charge et les résultats qu'il en retire pour sa santé.
- La qualité sera décliné sous deux formes principales :
 - Intégration indicateurs qualité spécifiques dans les forfaits et les paiements groupés afin de moduler le montant de ces derniers
 - Un compartiment de financement pour les établissements de santé (tous secteurs) et pour les professionnels de santé libéraux.
- Trois piliers :
 - ↳ Simplicité du modèle
 - ↳ Indicateurs pertinents et parlant pour les professionnels
 - ↳ Diffusion publique des résultats



3-Les propositions d'application

B- rémunération à la qualité

- Pour les établissements de santé, le compartiment de financement atteindra 2 milliards d'euros à l'issue de la montée en charge. Ce compartiment généralise le système IFAQ mis en place en 2016 avec de nouvelles règles de financement :
 - Une liste limitative d'indicateurs (pas plus de 10 par champ d'activité) qui sont renouvelés tous les 3 à 5 ans
 - les indicateurs sont recueillis par entité géographique, la rémunération est globale pour un établissement
 - Les entités géographiques sont comparées au sein de groupes d'entités comparables
 - Chaque entité peut être rémunérée pour chaque indicateur (en évolution ou en position atteinte)
 - Un score minimal pourra être défini pour certains indicateurs. En dessous de ce score, un malus sera appliqué pour les établissements.
 - La psychiatrie sera intégrée au dispositif en 2021



Les groupes de comparaison pour le paiement à la qualité

Catégories	Nombre de d'EG	Champ MCO					Champ SSR					Champ HAD	Champ dialyse			Champ MCO <500 séjours
		GR 1	GR 2	GR 3	GR 4	Total	GR 1	GR 2	GR 3	GR 4	Total		GR 1	GR 2	Total	
CH	966	76	168	159	121	524	176	39	487	83	785	107	35	72	107	155
CHU	176	37	38	4	67	146	31	25	17	33	106	13	27	29	56	4
CLCC	25	3	18	0	0	21	1	0	0	0	1	3	0	0	0	4
EBNL	461	47	48	14	13	122	125	88	113	65	391	28	4	9	13	23
MCS	23	0	0	0	0	0	20	3	0	0	23	0	0	0	0	0
PCS	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0
Privé lucratif	1 066	140	248	45	54	487	113	117	132	107	469	56	120	115	235	21
Privé non lucratif	595	6	10	5	0	21	14	13	13	6	46	87	349	98	447	1
SSA	8	0	1	7	0	8	4	2	0	0	6	0	1	0	1	0
Total général	3 324	309	531	234	255	1 329	488	287	762	294	1 831	294	536	323	859	208

3-Les propositions d'application

B- rémunération à la qualité

- Le financement à la qualité a vocation à être étendu aux professionnels de ville :
 - ↳ Extension et adaptation du dispositif ROSP à d'autres professionnels libéraux (y compris les spécialistes et paramédicaux) avec intégration de données cliniques
 - ↳ Travail de définition et de renouvellement des indicateurs avec les professionnels concernés
- A terme, lorsque le modèle aura été élargi, nous proposons de basculer dans des rémunérations qualité par groupe pluri professionnels. Les expérimentations IPEP viendront tout particulièrement nourrir la généralisation de ce dispositif.



3-Les propositions d'application

C- les paiements groupés

- On entend par paiement groupé, le mécanisme financier qui consiste à rémunérer en une fois des acteurs associés dans une prise en charge spécifique.
- L'objectif majeur du paiement groupé est d'inciter fortement les acteurs à la coordination et au partage des résultats
- Les expérimentations de l'article 51 sur PTH/PTG et colectomie serviront d'aiguillon aux premières généralisations
- En 2022, l'idée est de proposer aux acteurs de s'inscrire dans quelques parcours MCO/réadaptation (HAD, SSR, Ville).
- La rémunération globale tiendra compte à la fois des données cliniques et des retours de l'expérience des patients.



Prise en
charge ciblée



Bornée dans
le temps



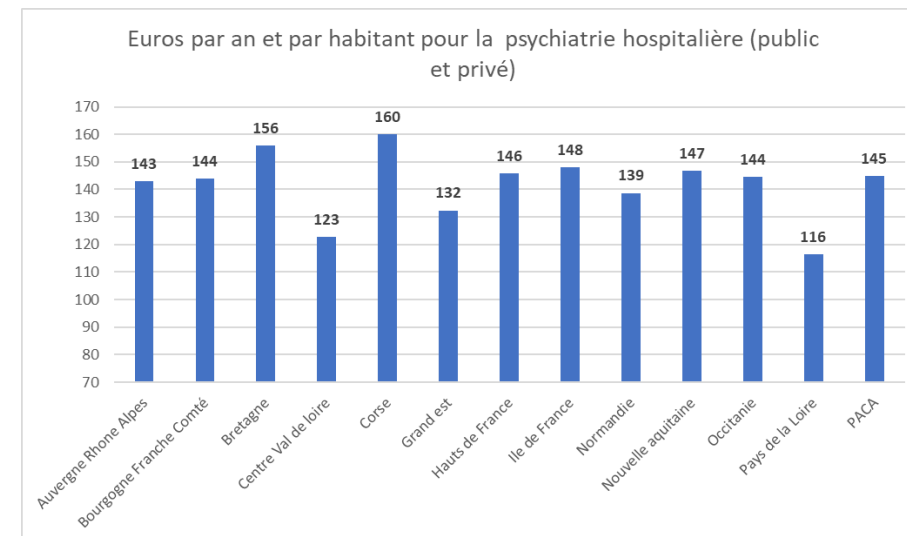
Sur un
périmètre
donné



3-Les propositions d'application

D- les financements populationnels et socle

- Ce mode de financement est adapté lorsque le volume d'activité de soins est liée, en totalité ou pour partie, à une autorisation d'activité car celle-ci est structurante pour l'offre de soins sur un territoire. Ce mode de financement pourrait, aussi, trouver à s'appliquer à une population dont l'épidémiologie et les caractéristiques démographiques sont spécifiques (certains DOM).
- La psychiatrie sera le premier domaine d'application avec une dotation populationnelle qui permettra de réduire les inégalités inter régionales. La dotation populationnelle sera complétée d'autres compartiments de financement afin, entre autres, de maintenir la dynamique des établissements et de valoriser les efforts de qualité de prise en charge.
- Ce mode de financement pourra aussi trouver à s'appliquer dans les réformes du financement du SSR et de l'HAD pour reconnaître dans ces activités une fonction structurante des autorisations délivrées
- Enfin, les services d'urgence pourraient voir leurs moyens de fonctionnement consolider par une extension de leur paiement forfaitaire en substitution d'un paiement à l'activité.



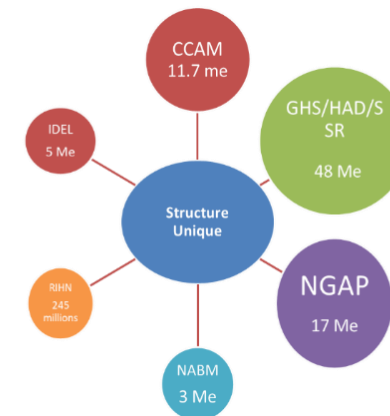
Les différents compartiments de financement de la psychiatrie

<p>QUALITÉ</p> <p>Indicateurs sur les parcours (urgence par ex), ambulatoire, prévention (suicide et somatique)</p>	<p>DOTATION POPULATIONNELLE</p> <p>Dotation socle régionale basée sur la population (avec survalorisation des mineurs) et la précarité.</p>	<p>DÉVELOPPEMENT</p> <p>Enveloppe annuelle pour développement nouvelles activités et parcours</p>
<p>RÉACTIVITÉ</p> <p>Incitation aux établissements qui réduisent les files d'attente ou les délais de prise en charge</p>		<p>RECHERCHE</p> <p>Enveloppe nationale déclinée en région dédiée à la recherche en psychiatrie</p>



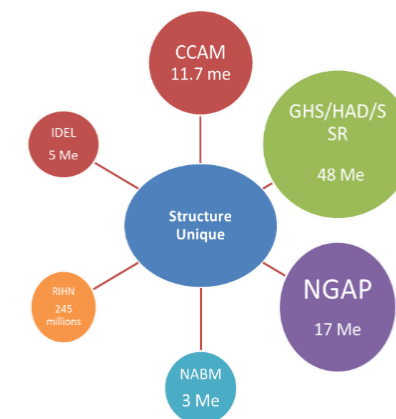
4- Nomenclatures

- La tarification à l'activité ou à l'acte restera majoritaire globalement dans le fonctionnement du système de santé à horizon 2022. Ce type de rémunération comporte d'importants atouts pour le système puisqu'il assure la réactivité du système face à la demande de soins et qu'il prévient les inégalités d'allocation de ressources en particulier pour les établissements.
- Cette modalité de tarification doit être toutefois modernisée et révisée.
- La révision doit notamment porter sur la nomenclature des actes (CCAM et NABM) de manière à :
 - Actualiser la hiérarchie des actes au sein de chaque spécialité
 - Introduire les actes nouveaux ou innovants qui sont aujourd'hui en dehors des nomenclatures et supprimer les actes qui n'ont plus lieu d'être
 - Actualiser les conditions préalables à la réalisation des actes
 - Séparer le travail sur la hiérarchie des actes du travail de tarification (convention)
 - Ce travail de révision (cycle de 3 ans environ) doit être permanent pour suivre les progrès des technologies médicales (cycle de 3 ans environ)



4- Nomenclatures

- La modernisation des GHS portera d'abord sur les GHM médicaux dont l'idée clé est de simplifier le codage à l'hôpital en utilisant les données déjà présentes au sein des bases de données de l'assurance maladie
- Pour l'ENC, l'idée est de fonder les coûts, à la fois, sur la base de protocoles de prise en charge et d'unités d'œuvre recueillies sur le terrain. L'objectif est d'obtenir des coûts plus proches de la réalité tout en élargissant la base des établissements contributeurs et en simplifiant le travail de recueil.
- Enfin, nous proposons qu'à terme une structure unique puisse gérer les diverses nomenclatures du système

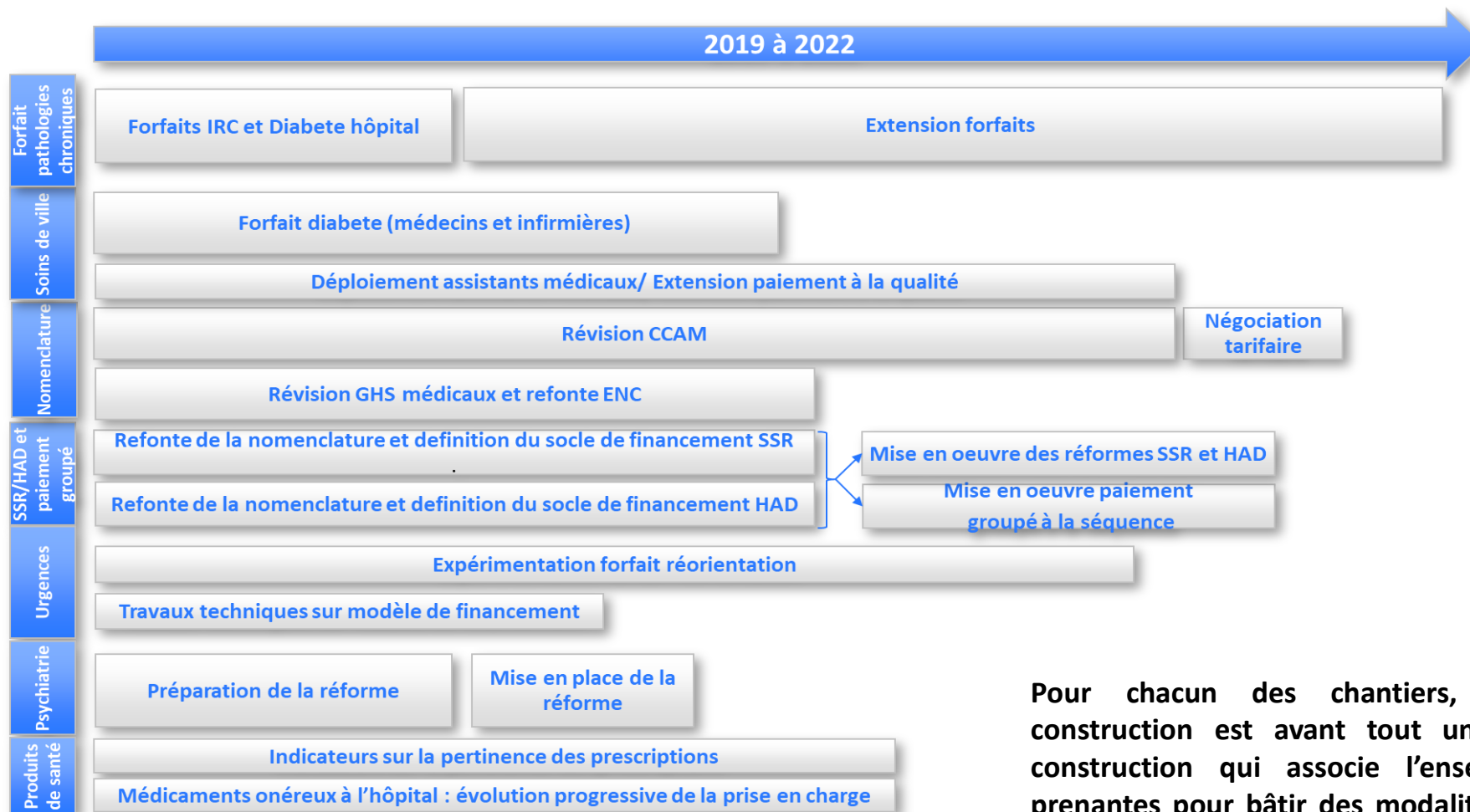


5- Régulation et pertinence

- La régulation des dépenses de santé doit apporter de la visibilité aux acteurs afin qu'ils puissent s'adapter et engager des transformations
- La réforme de la régulation devra se faire par étape. La première consisterait à :
 - Donner de la visibilité et de la transparence sur les tarifs (hospitaliers et ville) sur une durée de trois à cinq ans.
 - Fusionner les sous objectifs de l'ONDAM afin de d'offrir une fongibilité plus importante
- L'exercice de la régulation passe aussi par une place plus importante donnée aux actions de lutte contre la non pertinence. A cette fin, nous proposons d'outiller le niveau régional de données permettant de rendre plus transparent les indicateurs de non pertinence. A terme, nous proposons que les ARS aient la possibilité de contracter avec des établissements sur des objectifs de volume. Dans les territoires à sous recours, des contrats de renforcement de l'offre pourraient voir le jour.



6- Calendrier et méthode



Pour chacun des chantiers, la méthode de construction est avant tout une méthode de co construction qui associe l'ensemble des parties prenantes pour bâtir des modalités consensuelles et opérationnelles.





MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



Task force réforme du financement

Merci pour votre attention

Vos questions et commentaires sont les bienvenus

