



Contre-réforme du financement de la santé :

Mettre fin à la tarification sociale et laisser-faire la logique de marché

Cher(e)s camarades,

Le 7 mars 2019 a été présenté au Conseil de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) le rapport *Réformes des modes de financement et de régulation*, réalisé par la *Task-Force* « Réforme du financement du système de santé » sous la responsabilité de Jean-Marc Aubert, directeur de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).

Il est le résultat d'un des cinq chantiers lancés par le Premier ministre le 13 février 2018 dans le cadre de la **stratégie de transformation du système de santé** (voir la circulaire 2018-148).

Au contraire de ce dont se prévaut cette stratégie en général et ce rapport en particulier – un travail collectif mené en grande concertation avec les acteurs concernés, **la Confédération n'a jamais été sollicitée d'une quelconque manière**, et c'est à ce jour le seul rapport sur les cinq de ces différents chantiers qui est présenté dans une instance nationale où Force Ouvrière est représentée.

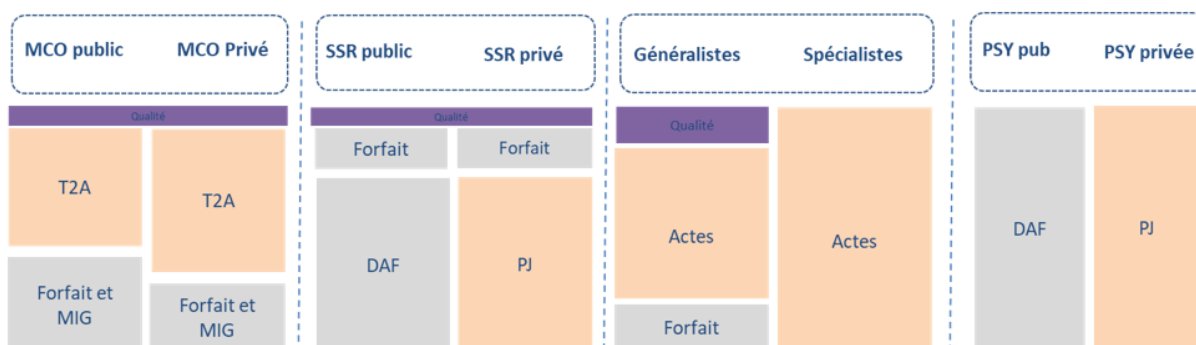
Ce rapport fonde un véritable « **big bang** » du **financement** de l'ensemble des offreurs de soins (établissements publics et privés, praticiens libéraux) dont les premières bases ont déjà été jetées à travers la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2019 (voir la déclaration FO au Conseil de la CNAM en annexe de la circulaire 2018-142).

Loin de résoudre les problèmes fondamentaux de financement des structures de santé, tant sanitaires que médico-sociales (en premier lieu leur insuffisance), il vise à **unifier les différents modes de financements existants** pour tout type d'offreur et de structure, sans tenir compte de leurs différences. Pour Force Ouvrière, un véritable service public de santé nécessite une tarification sociale, et la rémunération des professionnels de santé libéraux doit garantir les libertés fondamentales de l'exercice médical, la prescription en particulier. Il s'agira au contraire de viser pour chacun d'entre eux des financements combinés servant de leviers incitatifs à certains comportements attendus des offreurs, mais *ipso facto* ajoutant lourdeurs administratives et très probables effets pervers, comme s'il s'agissait d'un marché à réguler par les prix.

Vous trouverez en annexes l'avis Force Ouvrière sur ce rapport transmis à la CNAM donc son analyse politique, la présentation faite au Conseil et le rapport lui-même, et ci-dessous les principaux éléments techniques relatifs à cette contre-réforme supplémentaire.

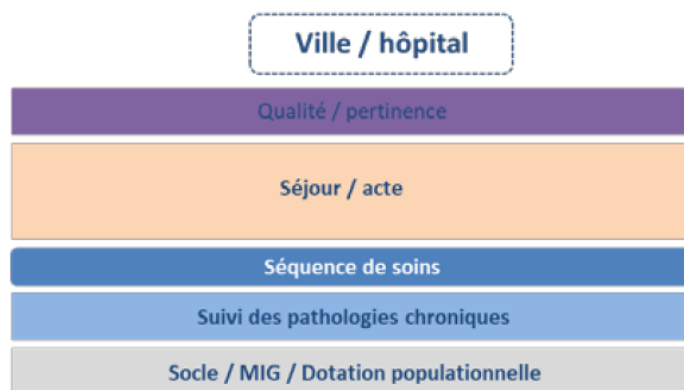
1. État des lieux et évolution du financement actuel

Depuis les contre-réformes successives de l'Assurance maladie et du financement des établissements, le système de santé français est caractérisé par un financement hétérogène en fonction des secteurs de soins :



MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique ; SSR : Soins de Suite et de Réadaptation ; PSY : soins psychiatriques
MIG : Mission d'Intérêt Général ; DAF : Dotation Annuelle de Fonctionnement ; PJ : Prix de Journée

L'objectif est de passer d'un financement segmenté par secteur à un financement segmenté par modalités de paiement (le « paiement combiné ») :



2. Quelques éléments sur les nouveaux modes de rémunération

Le paiement au suivi : sous forme de forfaits de prise en charge pour une pathologie chronique, assortis d'indicateurs-qualité.

Le paiement à la qualité et à la pertinence : prise en compte des résultats rapportés par les patients ainsi que d'indicateurs-qualité pour déterminer la valeur monétaire de la dotation.

Le paiement à la séquence de soins : équivalent anglo-saxon du « *bundle payment* », qui rémunère conjointement toute la séquence de soins (intervention/acte, rééducation, etc.) alors qu'aujourd'hui les praticiens ou structures sont payées séparément.

Le paiement pour la structuration du service : vocation à être liée à la nature de l'activité ou du territoire d'exercice

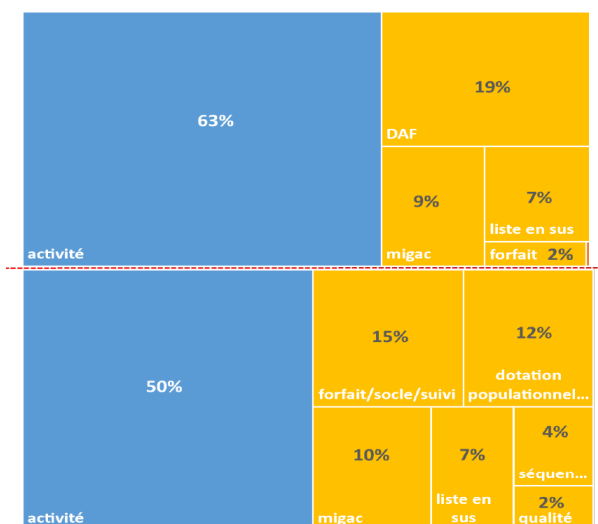
- dotation populationnelle : pour les soins psychiatriques,
- dotation pour les services d'urgence,
- MIG pour les activités de recours ou d'expertise,
- dotation socle liée à des autorisations,
- dotation visant les évolutions organisationnelles de la médecine libérale.

Le paiement à l'acte et au séjour : demeurant prépondérant et qui passera par une révision des nomenclatures et de leur mise à jour.

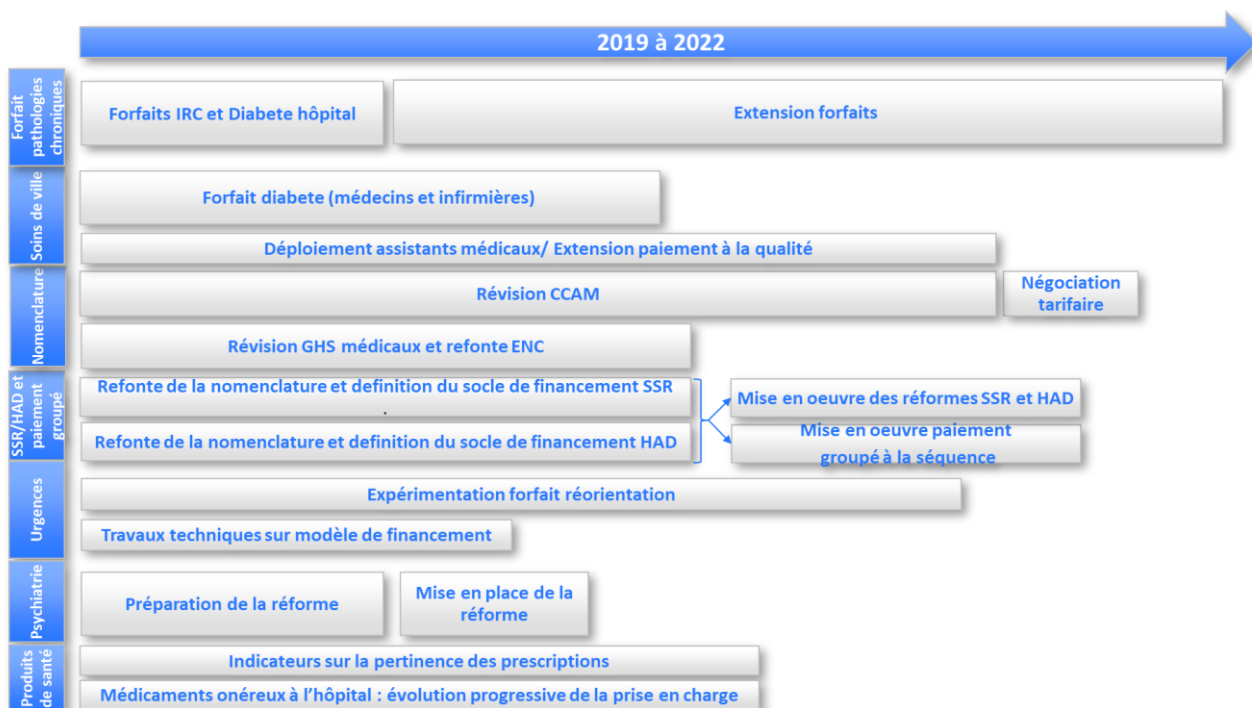
La combinaison des modalités de paiement conduira à réviser la régulation des dépenses de santé, qui se voudra « *plus prospective, plus pro-active et plus compréhensible pour l'ensemble des opérateurs et des usagers* », ce qui apporte, à ce stade, bien peu de clarté....

3. Objectifs 2022 et calendrier de la réforme

Certains **objectifs chiffrés sont déjà établis dans le rapport**, et cette réforme du financement vise à être achevée en 2022. En particulier, pour les établissements de santé, l'évolution 2018-2022 se structure ainsi :



La méthode proposée demeure assez vague, faisant référence à un programme de travail autour de groupes de travail techniques « *regroupant professionnels de santé, patients et administrations* » ainsi qu'un suivi global de la « réforme » qui associera « *des parlementaires, des personnalités dont les compétences liées à ces sujets, médicales ou autres, sont reconnues* ». Le calendrier de mise en œuvre est cependant beaucoup plus précis et étalé seulement sur 3 ans :



IRC : Insuffisance Rénale Chronique ; CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux ; GHS : Groupe Homogène de Séjour ; ENC : Etude Nationale des Coûts ; HAD : Hospitalisation A Domicile

Tout laisse donc croire à une transformation majeure à venir, pensée « d'en haut » et technocratique. Elle devrait s'imposer à tous au pas de charge, où, au-delà du verbe et des déclarations de bonnes intentions, tous – patients comme soignants – seront perdants.

Amitiés syndicalistes,

Secrétaire confédéral
Serge LEGAGNOA

Secrétaire général
Yves VEYRIER

Annexe 1 : Avis FO sur le rapport Aubert
Annexe 2 : présentation faite au Conseil
Annexe 3 : Rapport

Conseil de la CNAM

Propositions de la task force « financement du système de santé »

Le 07 mars 2019

Force Ouvrière conteste la présentation retenue sur les constats du système de santé français : elle n'est pas troisième en termes de dépenses et ne fait plus partie des pays aux meilleurs résultats de santé (18^{ème} position dans le classement présenté) : ce fait qui était devenu fierté nationale suite au classement de l'OMS au début des années 2000 devient désormais de l'orgueil. Au contraire, l'on pourrait avoir honte du traitement que notre système peut infliger à nos anciens, à certains patients, aux salariés confrontés à l'institutionnalisation de la maltraitance et à des conditions de travail de plus en plus délétères, aux femmes en particulier qui subissent des dérives misogynes du système, comme certaines révélations ou rapports en font de plus en plus état aujourd'hui, par exemple dans les scandales sanitaires dénommés "*Implant files*". La veille de la journée mondiale de la femme, il apparaît opportun à FO de le souligner.

Pour ce qui est des défis, Force Ouvrière constate également la plupart d'entre-eux même si elle s'inquiète du sens politique qui sera donné à l'accélération de la traduction des innovations organisationnelles dans les Conventions nationales et l'introduction en continu d'expérimentations à généraliser rapidement. Même si ce n'est l'objet de cette mission, FO rappelle que la précaution doit présider à l'innovation ; les dispositifs médicaux font leurs scandales, les médicaments font les leurs régulièrement, la pratique du soin connaît aussi les siens avec la maltraitance institutionnelle et elle ne doit pas poursuivre dans cette voie avec la télésanté. Au-delà, FO constate d'autres défis à relever, pour lesquels les modalités de financement sont directement liés : la perte de sens de la pratique du soin en raison de moyens humains et financiers toujours plus contraints, et la désolidarisation organisée de notre modèle, qui est en train d'inscrire pleinement dans la Loi une médecine à plusieurs vitesses. À cet égard, le projet de loi dit « d'organisation et de transformation du système de santé », dont FO demande le retrait, va remettre en cause l'accès aux soins pour la population, au travers notamment du déclassement de 5 à 600 établissements, renommés « de proximité », par fermeture des services de maternité, d'urgence ou de chirurgie.

Ainsi, pour Force Ouvrière, la question de fond demeure celle de l'enveloppe fermée (l'ONDAM contraint) et non seulement celle des outils de redistribution : l'axe majeur qui est rechercher demeure bien la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé. Pour rappel, la loi de programmation des finances publiques impose 30 mds d'économies à réaliser sous le quinquennat. Comment soutenir que de la sorte qu'il ne s'agisse pas de « *paupériser notre système de santé* », comme on peut le lire en page 3. Et plus loin : « *Cette réussite est liée à des baisses tarifaires très significatives notamment dans le secteur des produits de santé et des établissements sanitaires. La question de leur soutenabilité est réelle* ». En effet...

Confédération Générale du Travail Force Ouvrière

141 avenue du Maine - 75680 Paris Cedex 14

www.force-ouvriere.fr

CCP – Paris 5889 99 x – SIRET : 784 578 247 00040- Code NAF 912 Z



Pour ce qui est des conclusions du rapport, Force Ouvrière s'oppose à la vision cible : elle substitue à un financement cloisonné par institutions, un financement cloisonné par modalités de paiements. La lisibilité ne sera pas accrue au contraire des risques d'effets pervers que peuvent engendrer des systèmes de prix/tarifification. Chaque type d'acteur a une logique de service et de soin qui lui est propre : en particulier pour ce qui concerne le service public hospitalier, FO considère qu'une tarification sociale doit s'appliquer. La T2A doit être entièrement abandonnée pour revenir sur une logique de dotation au prix de journée ou de séjour.

Par ailleurs, le financement au parcours ou à la séquence de soins, au travers une contractualisation entre professionnels, s'inscrit dans une logique d'enveloppe limitative. Force Ouvrière s'inquiète d'un tel système qui pourrait s'apparenter aux *Accountable Care Organizations*, où les professionnels sont liés par un contrat entre eux et le financeur avec un objectif commun de dépenses de santé. Ce modèle organisationnel vise à promouvoir la coordination des professionnels mais surtout limiter les dépenses de santé. Cette coordination doit se faire autrement que par la régulation tarifaire.

Enfin, la tarification à la qualité est une piste à abandonner. Il est chimérique de penser pouvoir mesurer « *l'engagement au service des patients* » et encore plus de vouloir le rémunérer. La déontologie doit effectivement revenir sur le devant de la pratique, en particulier au moment de son enseignement, et demeurer confiée à une approche de contrôle et d'inspection, et de sanction administrative ou judiciaire, notamment par les représentants de la profession. Il demeure fondamental de rechercher les déterminants collectifs des comportements individuels : il faut respecter l'obligation de moyens pour permettre aux professionnels d'exercer leur art. Les potentiels effets pervers de la tarification à la qualité seront un accroissement de la perte de sens de la pratique, en particulier selon comment seront utilisés les retours d'expérience patients, et l'auto-réalisation de la diminution de la qualité. Ou peut-être est-ce un moyen d'accélérer la fermeture d'établissements ou de services en dénonçant une mauvaise qualité, pourtant organisée en amont ? Force Ouvrière souligne enfin la lourdeur administrative et de gestion que cela pourra entraîner, et dénonce de manière générale l'introduction de la gouvernance par les Nombres dans le système de santé.

Pour conclure, Force Ouvrière critique la méthode proposée : elle est extrêmement vague au-delà des déclarations de bonne intention de « *co-construction avec l'ensemble des parties prenantes* ». Elle indique en outre un potentiel contournement de nombre d'entre-eux en précisant associer « *parlementaires et personnalités dont les compétences sont reconnues* » : le risque est fort de penser une mise en œuvre à la place des concernés, par des personnes « reconnues » pour des raisons qui seront inconnues. Aussi, le calendrier proposé est trop rapide et laisse penser que tout est déjà lancé, alors que le HCAAM travaille encore sur des rapports fondamentaux relatifs au système de santé, en particulier celui relatif à la régulation du système, dont la régulation économique et tarifaire en sera une dimension fondamentale. Un tel chantier ne peut être lancé sans la consultation loyale et sincère de toutes les parties prenantes.





MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



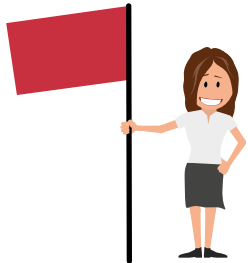
Task force réforme du financement

Propositions de la task force « financement du système de santé »

CNAMTS - 7 mars 2019

Sommaire

- **1- Quelques constats**
- **2- La vision cible : les paiements combinés**
- **3- Les propositions d'application**
- **4- Nomenclatures et régulation**
- **5- Proposition de gouvernance pour les indicateurs qualité**
- **6- Calendrier et méthode**

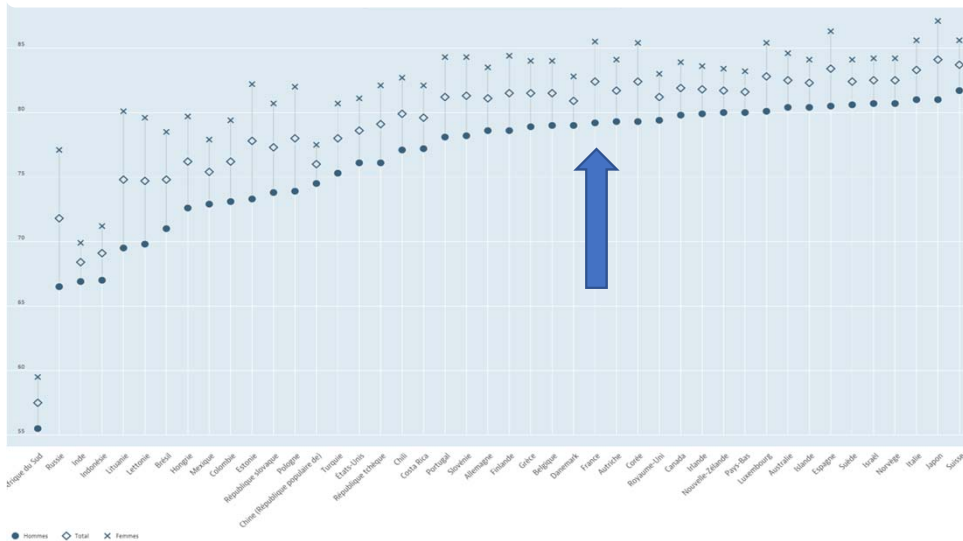


1- Quelques constats

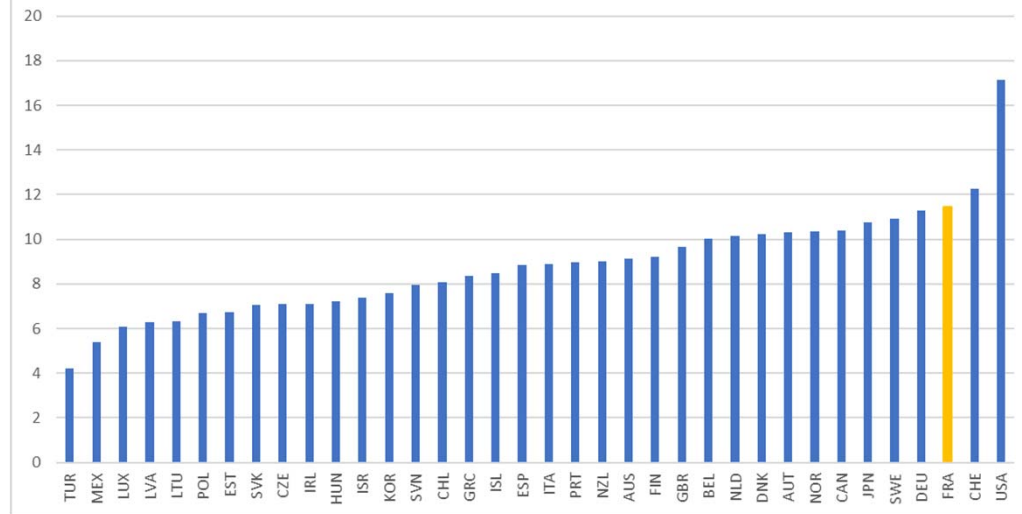
- La France se situe au 3ieme rang pour le niveau des dépenses de santé.
- Ce niveau de dépenses est très largement socialisé avec un reste à charge de l'ordre de 11%..
- En contrepoint de ces dépenses, nos résultats de santé se situent parmi les meilleurs du monde.



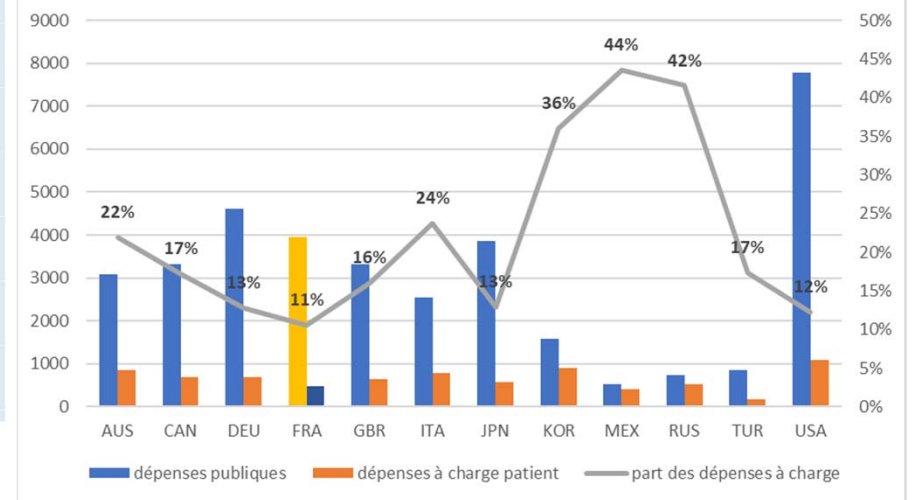
Espérance de vie à la naissance



% du PIB consacré aux dépenses de santé (OCDE) en 2017

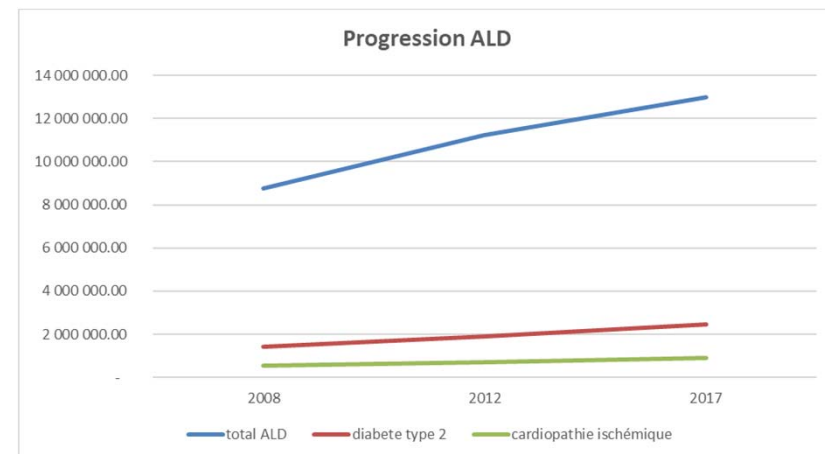


Dépenses publiques par habitant et reste à charge



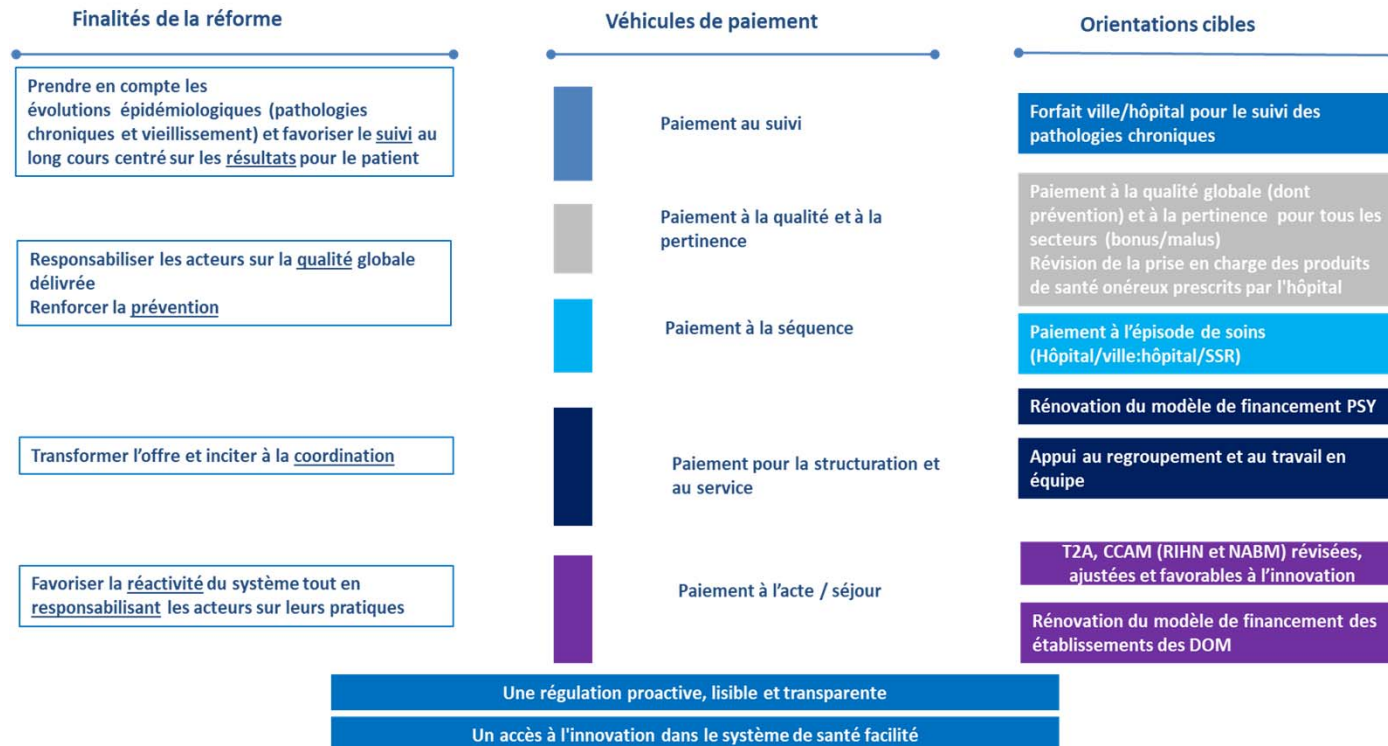
1- Quelques constats

- Mais nous devons faire face à de nombreux défis pour améliorer encore notre système de santé :
 - Ralentir la progression des pathologies chroniques
 - Améliorer la qualité de vie des années gagnées
 - Prendre en compte la qualité ressentie par les patients
 - Maitriser la progression de nos dépenses sans nuire à la qualité des soins fournis
 - Apporter plus de valeur au patient au regard du service rendu
 - Accroître la rapidité avec laquelle nous inscrivons les innovations organisationnelles ou thérapeutiques dans les nomenclatures professionnelles
 - Apporter aux professionnels plus de lisibilité et de transparence dans la régulation du système
 - Introduire, en continu, dans le système des expérimentations qui permettent de généraliser plus sereinement et plus rapidement
- Pour répondre à ces défis, les modalités de financement ne peuvent pas tout mais elles constituent un aiguillon ou un appui indispensable.



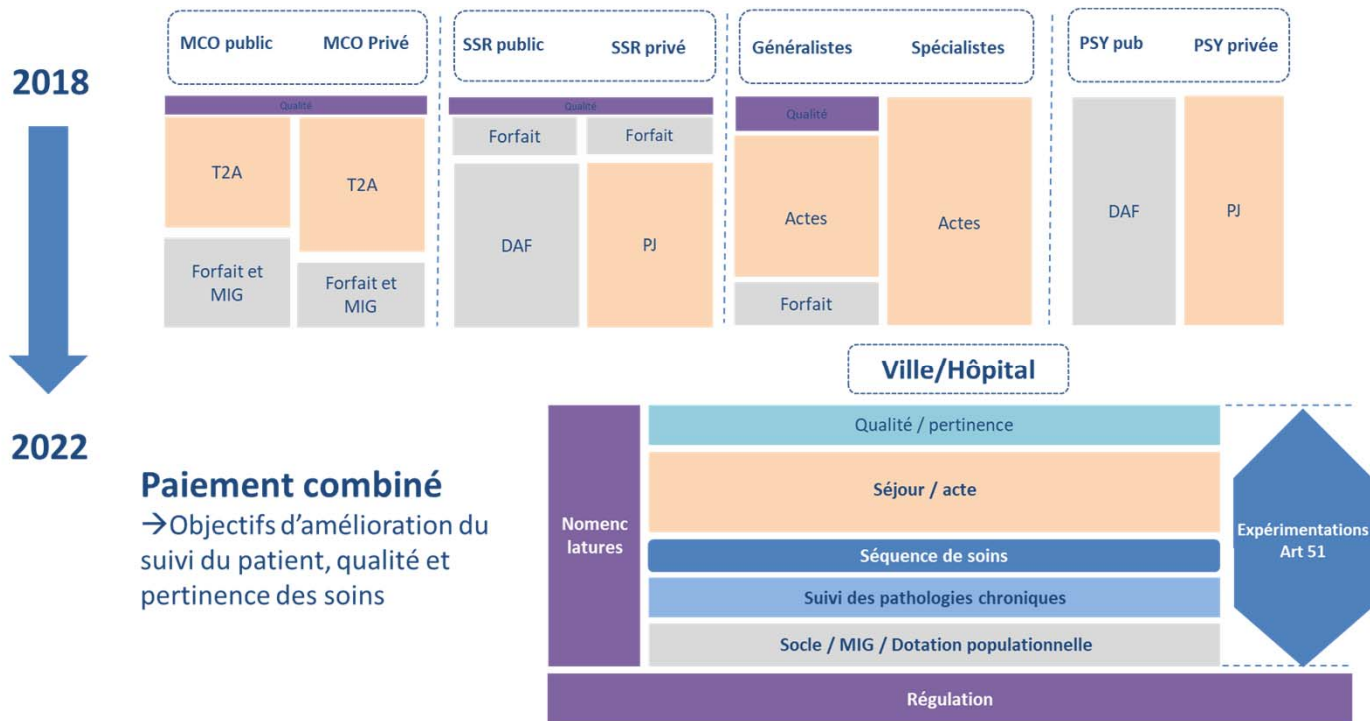
2- La vision cible : des paiements combinés

- 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 ajusté au volume de patients pris en charge, 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

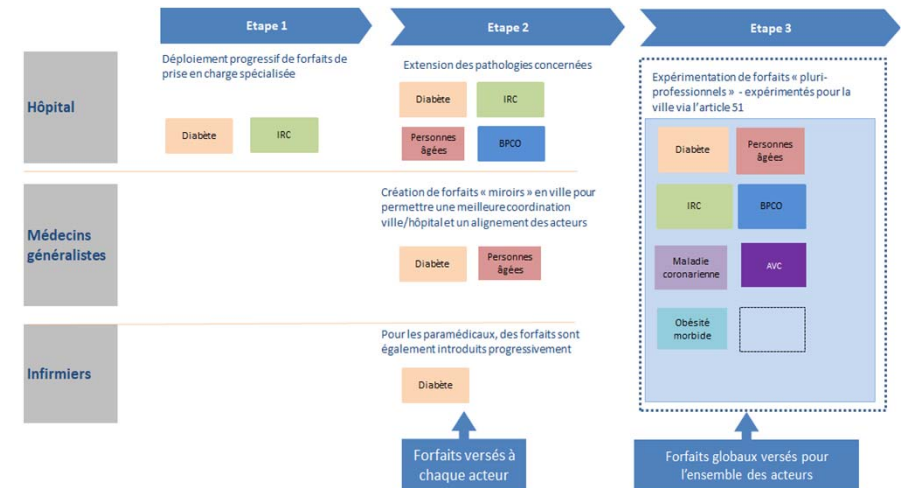
2- Grandes Etapes

- 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:
 - Forfait se substituant à la prise en charge actuelle: consultations, HDJ, FPI, hospitalisation courte → Diabète
 - Forfait finançant une nouvelle prise en charge → Maladie rénale chronique

- La 2nde étape concernera

- Les établissements de santé avec la mise en place de forfaits pour les autres pathologies chroniques
- Les médecins généralistes 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

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



Task force réforme du financement

- La 3^{ème} 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 (cf présentation de ces modalités de financement)
 - Un compartiment de financement pour les établissements de santé (tous secteurs) et pour les professionnels de santé libéraux.



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

- Pour les professionnels de ville, nous proposons une série d'action afin de mettre en cohérence les dispositifs entre les secteurs d'activité :
 - Extension du dispositif ROSEP à d'autres professionnels libéraux (y compris les spécialistes) 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'Art 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 remuneration 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



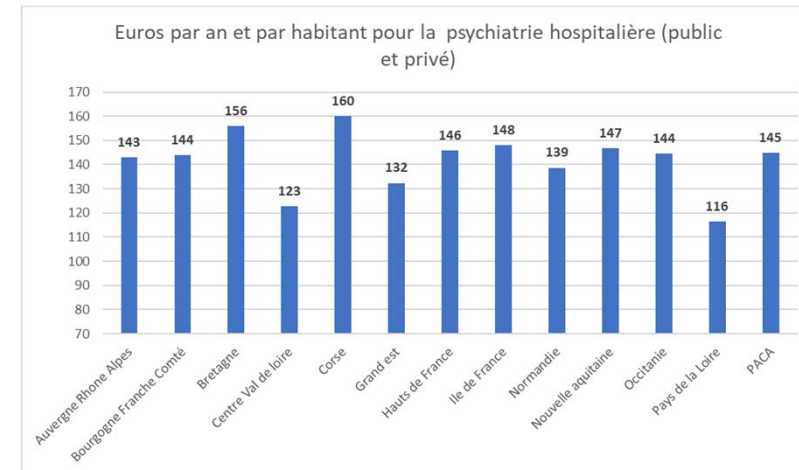
Sur un
périmètre
donné



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>



3-Les modalités de paiement proposées

E- les produits de santé

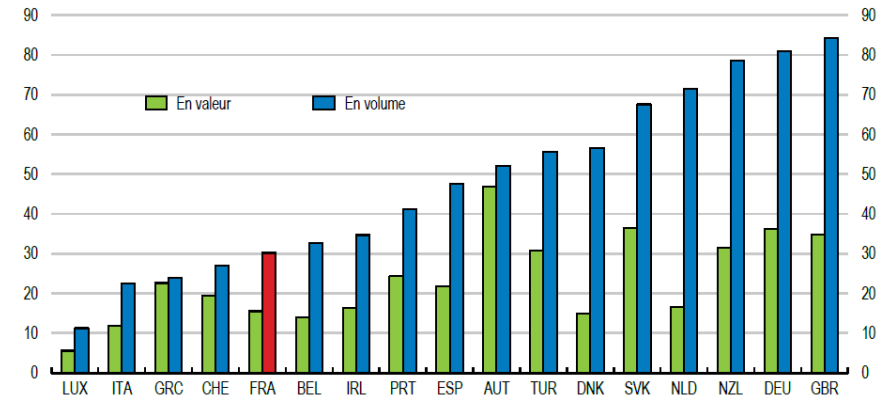
CONSTATS

- L Faible recours aux médicaments génériques et biosimilaires (même si cela progresse)
- L Beaucoup de prescriptions jugées non pertinentes : antibiotiques, psychotropes, ...
- L Suivi des traitements, notamment pour les pathologies chroniques

PROPOSITIONS

- L **Développer l'utilisation d'indicateurs de prescription**
 - L Objectiver, pour chaque acteur, ses pratiques de prescription, également au regard des pratiques nationales et internationales : génériques, pertinence de certaines prescriptions, etc.
 - L Ces indicateurs sont diffusés à chaque professionnel ou établissement de manière régulière
 - L Certains indicateurs peuvent faire l'objet d'une rémunération à la qualité
- L **Faire évoluer la prise en charge des médicaments onéreux dans les établissements de santé**
 - L Dans un double objectif : plus large accès à la prise en charge en sus des produits onéreux, plus forte implication des acteurs en faveur de l'efficacité et de la pertinence des prescriptions
 - L Expérimentation auprès de quelques établissements dès 2019
- L **Développer le paiement à la qualité et à la pertinence**
 - L Vérifier en vie réelle que les « promesses » des études cliniques sont satisfaites
 - L Lorsque des indicateurs cliniques seront disponibles dans les bases de données, envisager des contrats avec les industriels en fonction de la valeur apportée par un produit, notamment ses conditions d'utilisation

Consommation de génériques, 2015
Part dans le marché des médicaments remboursés, en %



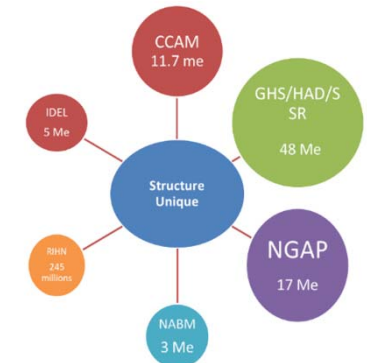
Source : OCDE (2017), Base de données des Statistiques de l'OCDE sur la santé.



4- Nomenclatures et régulation

A- Les nomenclatures

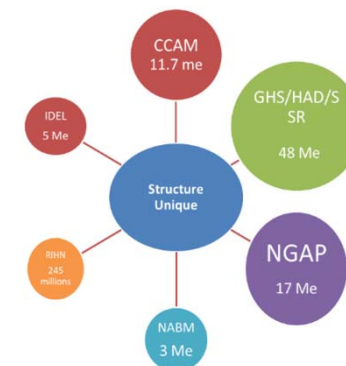
- La tarification à l'activité ou à l'acte restera majoritaire globalement dans le fonctionnement du système de santé à horizon 2022. Ce type de rémunération comporte d'importants atouts pour le système puisqu'il assure la réactivité du système face à la demande de soins et qu'il prévient les inégalités 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 et régulation

A- Les 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



4- Nomenclatures et régulation

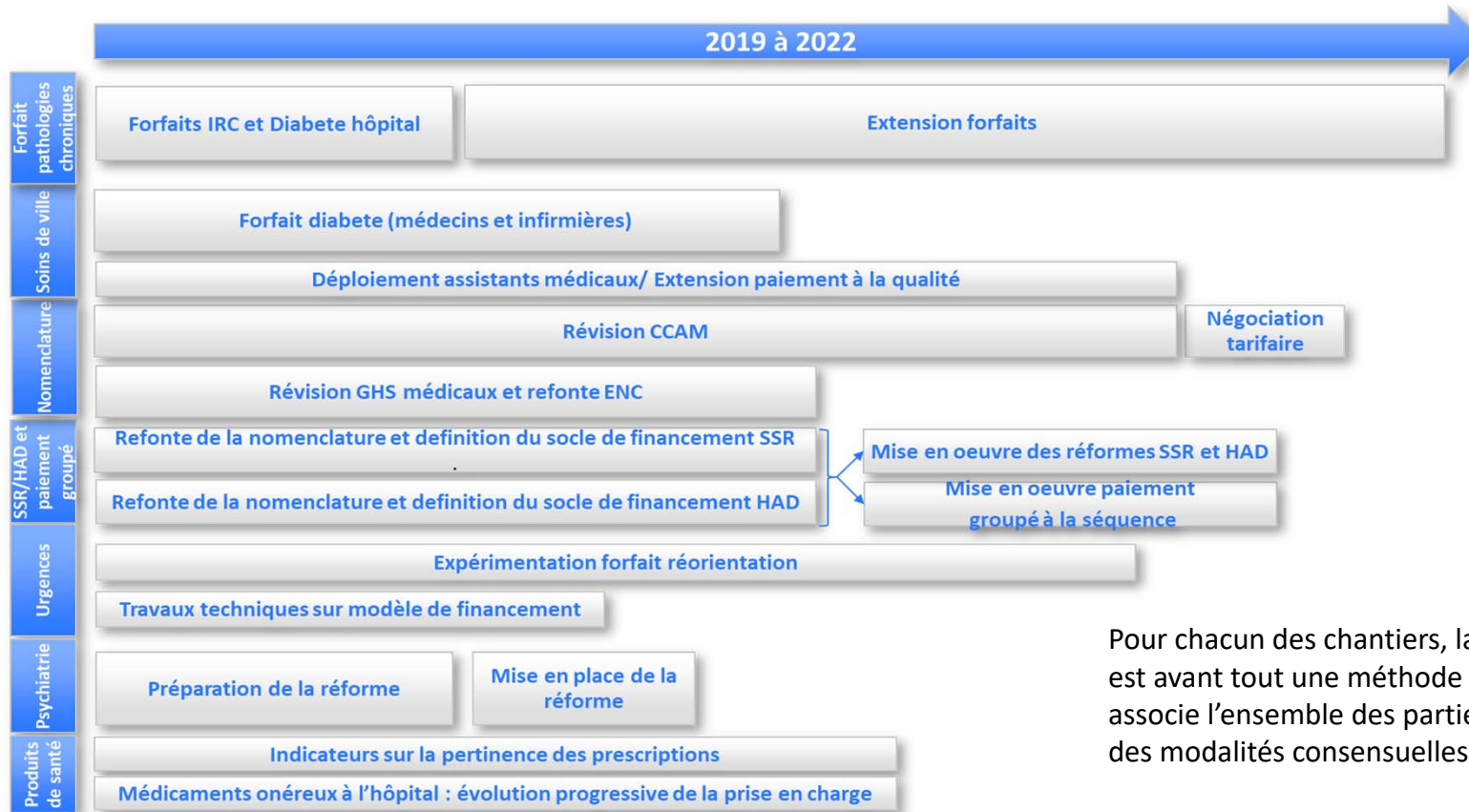
B- La régulation

- La régulation des dépenses de santé doit apporter de la visibilité aux acteurs afin qu'ils puissent agir avec sérénité.
- 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 sur une durée de trois à cinq ans.
 - Supprimer 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.



5- 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.





MA SANTÉ 2022
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

RAPPORT

Task Force « Réforme du Financement du système de santé »

Réformes des modes de financement et de régulation

→ Vers un modèle de paiement combiné



SOMMAIRE

Introduction.....	2
Constats.....	3
Vision cible	6
1 - Propositions de la task-force à un horizon de 5 ans pour des paiements combinés.....	10
1-1 Un paiement à la qualité et à la pertinence pour améliorer les résultats de notre système de santé.....	10
1-3 Paiement groupé à la séquence de soins, pour les prises en charge nécessitant une coordination renforcée entre les acteurs.....	17
1-4 Un paiement à l'acte et à l'activité toujours pertinent, mais qui doit évoluer	20
1-5 Investissement / structuration des soins de ville.....	21
1-6 financement à la population et pour les missions d'intérêt général	22
2- La combinaison des modalités de paiement envisagée pour la ville et l'hôpital.....	25
2-1 Soins de ville	25
2-2 Établissements de santé : objectif 50 % de T2A en 2022.....	28
2.3 – L'outil commun à l'ensemble de l'offre de soins : les nomenclatures	31
2-4 Produits de santé.....	33
3 –Régulation des dépenses de santé	35
3-1 La recherche de la pertinence, un élément indispensable pour assurer la qualité des prises en charge et redonner des marges au système de santé	35
3- 2 Rendre le mode de régulation plus efficace	37
4- Schéma de mise en œuvre	38
Proposition de méthode.....	38
Proposition de Calendrier	39

Introduction

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée en février 2018 par le Premier Ministre et la Ministre des Solidarités et de la Santé. Il fait suite à un premier rapport intermédiaire de juillet 2018 présentant les premières orientations de la mission task force réforme du financement et notamment les mesures de court terme dont la plupart sont en train d'être mises en place.

Ce rapport est le fruit d'un travail collectif mené en concertation avec les parties prenantes du secteur de la santé. La task force « financement de la santé », dont la composition figure en annexe, regroupe des compétences diverses, médicales, économiques, statistiques, managériales et juridiques.

Au cours de ces neuf mois de travail, elle a mené un grand nombre de concertations et d'échanges avec de nombreuses personnes et d'organisations (la liste des organisations est en annexe) et reçu plusieurs contributions écrites. Plusieurs centaines d'heures ont permis d'entendre les attentes des acteurs, leurs propositions et leurs réflexions sur les évolutions à mener. Les questions de coordination, de structuration de soins primaires, de prévention, de soutenabilité financière ont été très débattues. Le financement est parfois vécu comme un obstacle aux évolutions du système de santé, parfois comme un accélérateur.

Ces nombreuses rencontres et la réunion de groupes de travail spécifiques pour préparer les mesures 2019 ont permis de recueillir de nombreuses idées et de vérifier tant leur pertinence que leur faisabilité. Des accords et des désaccords existent. Mais, le changement apparaît nécessaire à la plupart de nos interlocuteurs.

La task force recommande que cette concertation menée évolue vers une méthode de co-construction des mesures comme cela a commencé sur certaines des mesures qui seront mises en œuvre en 2019. Cela est particulièrement essentiel au regard du caractère structurant des orientations proposées et de leurs implications. Cette recommandation fait l'objet de la partie 4.

La task force a travaillé en partenariat avec les équipes du ministère des solidarités et de la santé, ainsi que celles de l'assurance maladie. Ce travail collectif a aussi été clef pour élaborer les propositions. Un appui pour mieux comprendre les réformes étrangères et leur intérêt pour notre système de santé nous a aussi été apporté par la société McKinsey entre avril et juillet 2018.

Enfin, la task force a bénéficié du soutien d'un conseil scientifique dont la composition est donnée en annexe. Les avis du conseil ont remis parfois profondément en question les premières idées d'évolution de la réforme.

La task force ne peut donc revendiquer être à l'origine de beaucoup des propositions présentées ci-dessous. Nous reconnaissons que la plupart nous ont été apportées au cours de ces neuf mois de travail par nos différents interlocuteurs.

Nous assumons néanmoins la responsabilité de leur sélection et sommes convaincus de leur intérêt pour améliorer notre système de santé au bénéfice des patients.

A partir des constats que nous avons dressés et dont nous ne présentons ci-dessous que quelques faits saillants, nous proposons une vision cible de ce que pourrait être le modèle de financement du

système de santé à moyen terme. La partie 1 en décrit les composantes principales. La partie 2 en décrit ce qui en pourrait être l'application aux différents secteurs de soins même s'il nous semble important de garder une vraie cohérence pour faciliter la synergie entre les secteurs. La partie 3 présente des évolutions des modes de régulation qui nous paraissent indispensables pour que le système de financement puisse avoir les impacts souhaités. Enfin, notre recommandation sur la méthode pour mettre en œuvre l'ensemble de nos propositions est rapidement présentée dans la partie 4. Elle devra être finalisée avec l'ensemble des parties prenantes.

| Constats

Nous dépensons pour notre santé une part importante de la richesse produite par notre pays, environ un neuvième de notre produit intérieur brut. Cette part classe la France dans les pays qui font l'effort le plus élevé, si l'on met de côté les Etats-Unis. La dépense de santé est très majoritairement publique ce qui fait de la santé le deuxième poste de dépenses publiques après le financement des retraites.

Cette dépense élevée contribue à faire de notre système de santé l'un des meilleurs du monde. Les espérances de vie à la naissance ou à 65 ans sont parmi les plus longues. Les autres indicateurs de santé se situent aussi en général dans la moyenne haute des pays développés. Nous devons noter néanmoins deux faiblesses majeures : le niveau élevé de la mortalité prématurée des hommes et des inégalités de santé relativement élevées pour un pays dont les inégalités de revenu sont parmi les plus faibles au monde. En outre, si l'espérance de vie continue à progresser en France, les années de vie gagnées ne sont pas nécessairement des années de vie en bonne santé (DREES- études et résultats janvier 2018).

Deux défis majeurs nous apparaissent devoir être relevés :

- corriger les éléments de sous qualité de notre système de santé ;
La réduction des inégalités de santé et la diminution de la mortalité prématurée sont probablement liées d'abord à la prévention qui est jugée, par certaines parties prenantes, comme insuffisante ou pas assez organisée ;
- maîtriser l'évolution des dépenses de santé sans paupériser notre système de santé ;
La France est le pays dans lequel le niveau des dépenses publiques est le plus élevé par rapport à la richesse. La maîtrise de leur évolution est donc indispensable, dans un contexte où, pour ce qui concerne la santé, de nombreux facteurs contribuent à la hausse des dépenses. Depuis une dizaine d'année, l'évolution des dépenses est comparable à celle du PIB. Cette réussite est liée à des baisses tarifaires très significatives notamment dans le secteur des produits de santé et des établissements sanitaires. La question de leur soutenabilité est réelle.

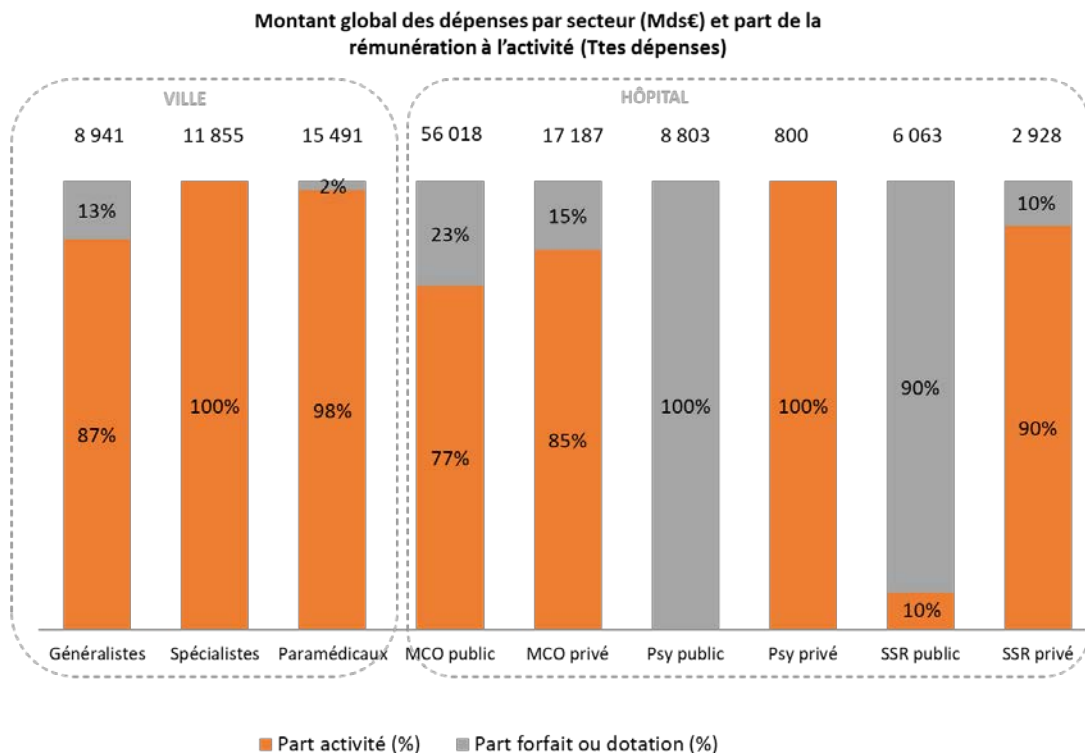
Pour répondre à ces défis, la transformation du financement est nécessaire mais non suffisante. Les travaux de la taskforce sur le financement s'inscrivent ainsi dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé et la stratégie nationale de santé. Ils doivent être cohérents avec les mesures en cours de mise en œuvre notamment dans les domaines du numérique, de la formation, de l'organisation territoriale ou de la prévention.

Le financement de notre système de santé repose, en majorité, sur une tarification à l'activité

Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement hétérogène en fonction des secteurs de soins, reposant majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers (médecine, chirurgie et obstétrique). Les autres secteurs sont financés par des enveloppes dont les fondements sont parfois très largement établis sur des bases historiques.

Les modes de financement actuellement en vigueur au sein du système de santé assurent globalement la productivité de chaque acteur et leur réactivité par rapport aux besoins immédiats des patients¹ mais ne permettent ni de discriminer la qualité offerte ni d'assurer au bénéfice du patient une coordination efficace entre les acteurs, ni même de s'assurer de la productivité globale du système de santé par une répartition efficace des activités et du partage de l'information.

Les différents acteurs du système de santé bénéficient de deux modes principaux de financement. Le premier lié à l'activité décrite à partir d'actes, de séjour ou de journée, suivant les secteurs garantit la productivité et la réactivité du système. Le second lié à la réalisation de certaines missions (financement au forfait, dotation annuelle etc...) assure la permanence des missions ou des activités. Le tableau ci-dessous offre une vision générale de l'utilisation des deux principaux outils selon les secteurs d'activité (ONDAM 2016).



Source : dépenses de santé 2017-DREES

¹ Il faut noter par exemple que, même si dans certains domaines, des délais d'attente peuvent exister, les listes d'attente sur de nombreux mois voire des années pour des soins relativement courants sont étrangères à notre système de santé, contrairement à ce qui a pu être constaté dans des systèmes étrangers.

Ainsi, les soins de ville et les soins de médecine, chirurgie et obstétrique sont financés en très grande majorité à l'activité, quel que soit le statut des professionnels de santé ou des structures de soins. En revanche, les secteurs psychiatrie et soins de suite et rééducation (SSR) sont partagés entre des acteurs rémunérés à la dotation et ceux rémunérés à l'activité. Cette différence explique, pour une grande part, les différences de dynamique de dépenses observées dans chacun d'entre eux.

Le financement favorise insuffisamment la qualité, la prévention et la coordination et peut inciter à la réalisation de soins non pertinents

La qualité des soins effectués n'entraîne pas de modification de la rémunération des professionnels et des structures alors qu'elle est clef pour la valeur des soins pour le patient. Il est possible d'espérer qu'un niveau élevé de qualité est toujours assuré. La déontologie des professionnels y conduit en grande partie. Toutefois, de nombreuses études montrent qu'une transparence sur la qualité et, éventuellement, sa rémunération, sont nécessaires pour que ce haut niveau de qualité soit garanti pour l'ensemble des soins et des patients.

L'introduction du CAPI en 2009 (devenu la ROSP en 2012) pour la médecine de ville et du programme IFAQ (Incitations Financières à l'Amélioration de la Qualité) pour le secteur hospitalier en 2012 (première incitation financière en 2016) ont constitué une évolution importante. Toutefois, leurs montants financiers (50 M€ en 2018 pour les établissements de santé) et/ou la lisibilité des dispositifs tendent à nuire à leur caractère incitatif. Par ailleurs, les indicateurs pris en compte pour déterminer l'allocation de ressources complémentaires portent pour beaucoup sur des moyens ou des procédures mis en œuvre et peu sur des résultats cliniques ou sur la satisfaction des patients.

En outre, la tarification actuelle valorise insuffisamment la prévention, notamment secondaire et tertiaire dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques.

Les modes de financement pour la prise en charge d'un patient par plusieurs catégories d'offres de soins (intervention prothèse de hanche suivie d'une rééducation, suivi au long cours d'une insuffisance cardiaque par exemple) ne favorisent pas la recherche d'une articulation entre les acteurs. A l'heure actuelle, c'est bien plus le patient qui fait le lien entre les acteurs du système que les acteurs qui se lient au bénéfice de celui-ci. Un des enjeux de la rémunération de la fonction de coordination est de faciliter la mise en place, avec les professionnels, de parcours efficaces pour le patient et d'aider le patient à les suivre.

Si des modalités de coopération se développent au sein des différents secteurs (groupements de coopération sanitaire dans le secteur hospitalier, maisons de santé au sein du secteur libéral par exemple), la coordination inter-secteurs reste encore balbutiante et continue d'être à l'origine de coûts inutiles pour le patient et le système de santé (examens inutiles, prescriptions trop importantes).

Enfin, le système actuel de paiement à l'acte et de tarification à l'activité peut induire des risques de réalisation d'actes non pertinents, redondants voire inutiles. La complexité et la lourdeur des échelles de tarification (GHS et CCAM), les contrôles peu suivis d'effets et le lien direct entre la rémunération individuelle et la réalisation des actes expliquent largement ces risques. Au-delà de l'éventuel impact financier, qui reste difficilement quantifiable, il s'agit avant tout d'un sujet de qualité des soins.

| Vision cible

La transformation des modes de financement doit favoriser l'accroissement de la valeur ajoutée apportée par les soins au patient et à l'ensemble de la population. Le patient doit être assuré d'une prise en charge de qualité et pertinente, qui prend en compte ses particularités, y compris ses aspirations propres. Par ailleurs, une vision populationnelle est nécessaire, tant dans le domaine de la prévention que du soin pour s'assurer de l'utilisation optimale de l'ensemble des moyens, notamment les plus experts.

Les modalités de financement, via les ressources qu'elles permettent de consacrer à un patient donné et le signal qu'elles adressent aux différents professionnels du système de santé, sont un puissant moteur pour permettre des évolutions des comportements et des organisations.

Elles doivent être aujourd'hui mieux adaptées :

- à la diversité des besoins des patients : certains sont aigus, comme une consultation pour une pathologie hivernale ou une intervention chirurgicale ponctuelle, d'autres s'inscrivent dans la durée ou sont chroniques et nécessitent un suivi au long cours ;
- à la nécessité de garantir un haut niveau de qualité à chaque patient ; le financement n'est pas le seul instrument de cette garantie. Il est nécessaire de disposer d'indicateurs de qualité et d'en assurer la transparence. Ces indicateurs de qualité doivent être pertinents tant pour les professionnels que pour les patients. Au niveau français et international, de nombreux indicateurs existent, certains réalisés à partir de données cliniques, d'autres à partir de données rapportées par les patients. Leur production et leur utilisation dans le pilotage du système de santé, notamment son financement, sont indispensables ;
- aux différentes finalités du système de santé : si le système français présente un haut niveau de qualité, un effort considérable doit être fait d'une part pour réorienter le système actuellement centré sur le soin curatif vers le soin préventif, et d'autre part pour redonner de l'attractivité à la médecine générale, clé de voûte de l'accès aux soins.

La réponse, en matière de financement, aux enjeux épidémiologiques, économiques et de qualité de notre système de santé ne peut ainsi recevoir de solution unique. Autrement dit, il n'existe pas un modèle de financement qui permettrait à lui seul d'inclure l'ensemble des objectifs poursuivis. Tous les systèmes de santé des pays développés s'orientent dans la voie de **modes de financement combinés** afin de satisfaire les besoins de santé publique, de faire progresser le niveau de qualité, pour inciter à la coopération tout en préservant la soutenabilité économique du système dans son ensemble.

A un système de financement cloisonné entre les différents champs de la santé, nous devons, progressivement, substituer des modalités de financement communes aux différents acteurs du système de santé, pour rendre cohérentes les incitations des acteurs et favoriser leur coopération au service des besoins du patient et des résultats de santé obtenus. Les proportions relatives de chaque modalité de paiement ont toutefois vocation à varier selon les secteurs, pour prendre en compte leurs spécificités.

Les quatre enjeux principaux auxquels nous devons répondre sont :

- **favoriser, avec la progression continue des maladies chroniques, le suivi au long cours des patients ;**
- **accroître globalement le niveau de qualité** des prises en charge et, en particulier, améliorer la pertinence des soins en réduisant les soins inadéquats ou inutiles ;
- **créer les conditions de la transformation de l'offre de santé** pour répondre à des besoins par nature évolutifs, en prévoyant notamment d'expérimenter de nouveaux modèles d'organisation de manière permanente ;
- **maintenir la réactivité du système** tout en responsabilisant les acteurs sur leurs pratiques.

Pour chacun de ces enjeux, des modalités de paiement adaptées sont proposées. Mais, afin de satisfaire ces quatre objectifs, il est aussi nécessaire d'apporter des réponses aux questions transversales que sont :

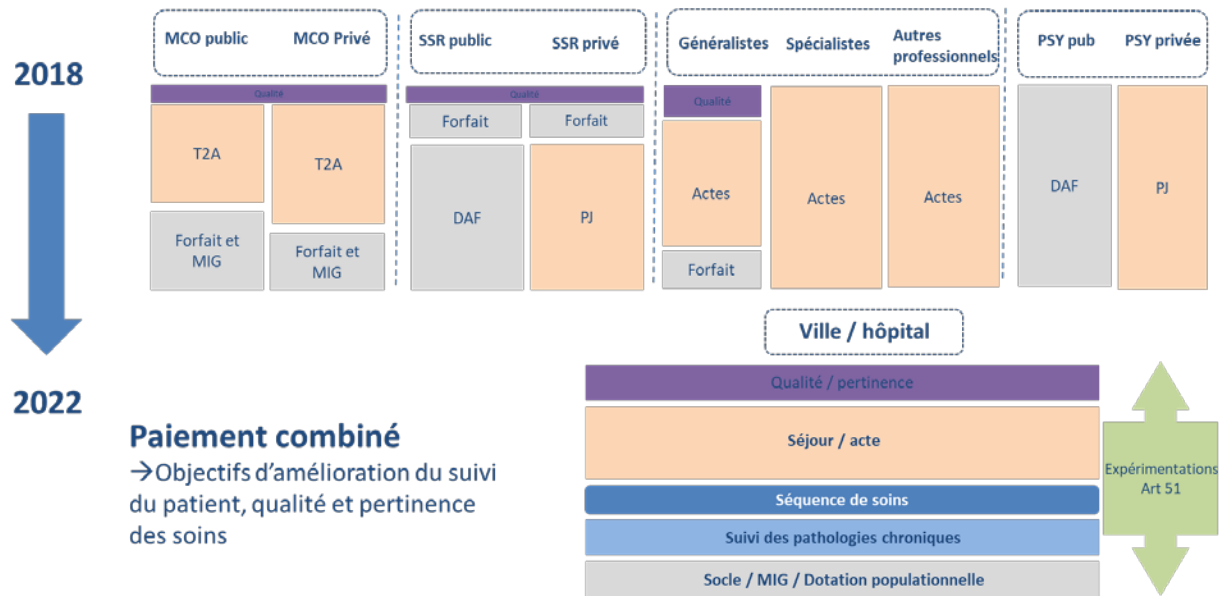
- la régulation du système de santé, régulation qui doit être lisible, compréhensible et prospective pour les différents professionnels du système de santé et les usagers ;
- la maintenance active des nomenclatures afin que celles-ci facilitent la diffusion des innovations, soient cohérentes entre les secteurs et évitent que ne se mettent en place des recours plus fréquents que nécessaires à certains actes ou techniques.

Pour répondre à ces objectifs, deux voies peuvent être utilement combinées : le droit commun par la modification des règles en vigueur pour tous les acteurs d'une part, l'expérimentation et l'accompagnement de la transformation via l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avec les acteurs volontaires d'autre part. Ces deux méthodes sont complémentaires. De grandes orientations peuvent être données sans attendre pour diversifier les modalités de financement et favoriser la transformation du système de santé. Parallèlement, l'expérimentation dès aujourd'hui de modes de financement précurseurs et vers lesquels le système doit tendre s'ils s'avèrent probants est nécessaire pour préparer les évolutions de moyen terme. La mobilisation concomitante de ces deux méthodes permet ainsi d'accélérer la mise en œuvre des réformes.

Un financement expérimental a donc vocation à être pérennisé, afin de favoriser l'innovation et la transformation en continu des modalités de financement et du système de santé. Il sera alimenté par des projets portés par les acteurs de terrain, et aura vocation à permettre une évolution dynamique des modes de financement de droit commun. Il servira tant à expérimenter de nouvelles organisations et de nouveaux financements, qu'à servir d'aiguillon pour que la transformation des modes de financement devienne plus progressive et continue qu'elle ne l'a été.

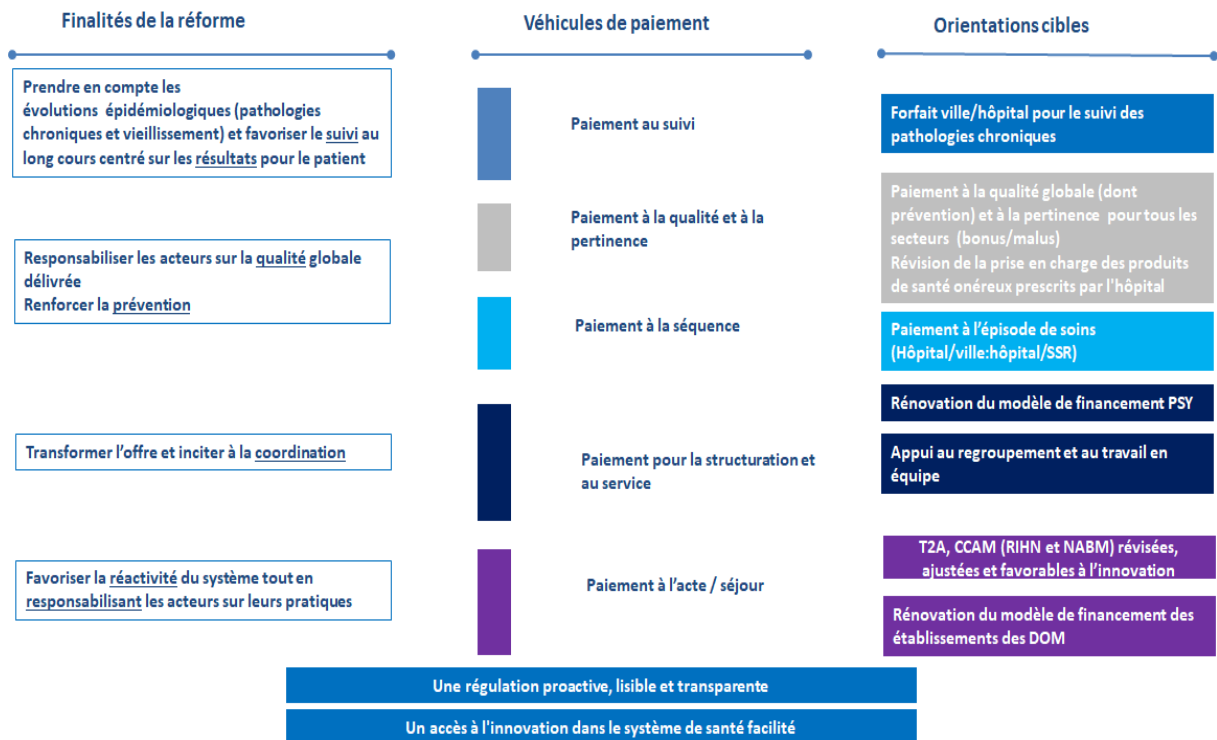
L'ensemble de ces objectifs se retrouve dans le schéma ci-dessous, la proportion de chaque brique étant indicative pour l'ensemble du système et pouvant varier selon les secteurs :

Figure 1 : les différentes modalités de financement pour le système de santé



La déclinaison de ces modalités combinées de paiement, qui seront détaillées dans la suite du rapport, est illustrée de la manière suivante :

Figure 2 : des objectifs de la réforme du financement aux outils utilisés



Le paiement au suivi peut prendre la forme de forfaits de prise en charge pour une pathologie chronique, qui sont eux-mêmes assortis d'indicateurs qualité afin de suivre la qualité de la prise en charge des patients. L'objectif de cette modalité est d'inciter les professionnels à se focaliser sur la prévention et sur les résultats de santé obtenus bien plus que sur le nombre d'actes ou de séjours réalisés. Ce type de paiement est particulièrement adapté aux pathologies chroniques.

Le paiement à la qualité et à la pertinence répond à une double nécessité. La première est de faire une place plus importante aux résultats pour les patients et de pouvoir ainsi garantir à chacun une prise en charge de qualité. En particulier, la prise en compte des résultats rapportés par les patients doit permettre d'inciter les professionnels à considérer avec une égale attention la qualité des actes jugée par des indicateurs plus classiques et la qualité ressentie par les patients. La seconde nécessité répond à un impératif catégorique qui veut que les actes ou séjours hospitaliers réalisés soient pertinents et donc centrés sur l'intérêt du patient.

Le paiement à la séquence de soins correspond à ce que les anglo-saxons dénomment «bundled payment» ou paiement groupé. Il s'agit de rémunérer conjointement une séquence de soins (intervention/rééducation par exemple) à des acteurs qui aujourd'hui sont financés séparément. Ce type de paiement requiert que les acteurs œuvrent conjointement à la qualité et la pertinence de la prise en charge du patient et qu'ils s'accordent sur la meilleure répartition du financement commun.

Le paiement pour la structuration du service doit permettre de structurer l'offre. On trouve de multiples applications à cette modalité de financement, qui a vocation à répondre aux besoins particuliers de chaque territoire ou à la nature particulière d'une activité :

- dotation populationnelle pour répondre à la demande de soins psychiatriques ;
- dotation pour les services d'urgences pour répondre à des enjeux d'accès aux soins ;
- MIG pour des activités de recours ou d'expertise ;
- dotation socle liée à des autorisations ;
- dotation pour favoriser les évolutions d'organisation pour la médecine libérale.

Le paiement à l'acte et au séjour qui tient aujourd'hui une place prépondérante dans le système de soins demeurera demain une modalité importante du financement. En effet, cette modalité garantit la réactivité globale du système et demeure la plus adéquate pour les épisodes uniques de soins qui représentent environ 55 % des séjours hospitaliers (source CNAM). Cette modalité bénéficiera, par ailleurs, de la révision puis de la maintenance active des nomenclatures. Enfin, une adaptation particulière de cette modalité de paiement sera mise en œuvre pour les territoires d'Outre-Mer dont les spécificités démographiques, géographiques et épidémiologiques seront prises en compte.

La combinaison des modalités de paiement viendra modifier, logiquement, **les modes de régulation des dépenses de soins**. Cette modification constituera l'occasion pour réviser en profondeur les outils de la régulation afin que celle-ci puisse être plus prospective, plus proactive et plus compréhensible pour l'ensemble des opérateurs (établissements, professionnels libéraux et agences régionales de santé) et des usagers.

1 - Propositions de la task-force à un horizon de 5 ans pour des paiements combinés

1-1 Un paiement à la qualité et à la pertinence pour améliorer les résultats de notre système de santé

La prise en compte explicite de la qualité et de la pertinence des prises en charge dans les modèles de financement est nécessaire pour s'assurer que les prises en charge soient centrées sur les résultats apportés aux patients. Elles sont un contrepoint indispensable à d'autres formes d'incitatifs, (l'activité / à l'acte), afin de s'assurer que les gains d'efficacité ne se fassent pas au détriment de la qualité des prises en charge. Cette prise en compte est également nécessaire pour accompagner les motivations intrinsèques fortes des personnels soignants à la qualité de leurs pratiques et apporter de la cohérence entre les différentes parties et intervenants du système sur cet objectif.

La qualité et la pertinence doivent être prises en compte dans ses différentes formes, qui sont complémentaires pour aboutir à une prise en charge de qualité. Ainsi, aux côtés des indicateurs de processus ou de moyens, nécessaires pour s'assurer que l'organisation n'entrave pas mais favorise la qualité des prises en charge, des indicateurs de résultat doivent être progressivement développés et intégrés au système de santé. Ces résultats sont tant des résultats cliniques que des résultats rapportés par les patients. Il est essentiel de s'assurer que les prises en charge s'adaptent bien aux conditions médicales et sociales du patient. Ces indicateurs, appelés Prom's (*Patient-reported outcomes measures*) et Prem's (*Patient-reported experience measures*), se développent à l'étranger et méritent une place centrale dans le système de santé français. La conception de ces indicateurs ayant d'ailleurs été réalisée, il semble nécessaire aujourd'hui de se concentrer sur leur production et leur usage. Enfin, la perception par les professionnels eux-mêmes de la qualité de vie au travail est à prendre en compte puisqu'une corrélation entre ces éléments et la qualité des prises en charge est de plus en plus démontrée². Le recueil de tels indicateurs est organisé depuis 2003 au Royaume-Uni, les résultats sont restitués aux établissements et diffusés publiquement.

Il est proposé que la qualité des prises en charge ainsi définie dans ses multiples composantes puisse être prise en compte sous plusieurs formes dans les modèles de financement :

La qualité : un compartiment de financement à part entière

Si ces formes de financement s'inscrivent dans la continuité des bonifications qui ont été créées dans le système de soins durant la dernière décennie (ROSP pour les médecins généralistes et certains spécialistes, modèle IFAQ développé pour les établissements de santé), **elles ont vocation à devenir des modes de financement à part entière du système et à concerner l'ensemble des structures et**

² AHRQ. *The effects of health care working conditions on patient safety*. Evidence report/Technology assessment n°74 2003.; Tvedt C, Sjetne IS, Helgeland J, et al. An observational study: associations between nurse-reported hospital characteristics and estimated 30-day survival probabilities. *BMJ Qual Saf* 2014;23:757-764.

des professionnels, autour de principes unifiés : nombre réduit d'indicateurs régulièrement renouvelés (3 à 7 ans) pour éviter les effets de focalisation, diffusion publique des résultats.

S'agissant des établissements de santé, le modèle IFAQ devrait être élargi dans son impact financier passant de 50 M€ à 300 M€ et simplifié dans sa mise en œuvre (limitation du nombre d'indicateurs). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit également que le modèle IFAQ soit étendu à la psychiatrie en 2020. En cible, ce mode de financement représentera 2 à 3 % des recettes d'assurance maladie des établissements de santé en 2022, soit environ 2 milliards d'euros. En outre, le modèle intégrera un système de malus à partir de 2020, ayant vocation à inciter des établissements ne remplissant pas certains critères minimaux de qualité à rejoindre des niveaux satisfaisants.

Progressivement, le paiement à la qualité et à la pertinence a également vocation à devenir en ville une composante à part entière du système de paiement.

L'extension de la ROSP à d'autres spécialistes que ceux concernés à ce jour, aux autres professions médicales et paramédicales, est à considérer, avec des modalités adaptées. Pour les spécialistes, une telle rémunération pourrait reposer sur la définition avec les professionnels de quelques thématiques de pertinence jugées prioritaires. Par ailleurs, les travaux des professions sur les processus qualité pourraient être intégrés. Enfin, il sera probablement nécessaire de développer la fourniture de données cliniques.

En cible, ce sont les dispositifs d'intéressement plus collectifs qui ont vocation à prendre le pas sur des rémunérations individuelles à la qualité, afin de permettre la cohésion des acteurs sur un objectif de résultat d'une prise en charge globale du patient, dont ils sont tous individuellement et solidairement partie prenante. A cet égard, l'expérimentation du modèle IPEP (Incitation à une Prise En charge Partagée) sera déterminante et pourra alimenter en fonction de ses résultats les modèles de tarification à venir.

L'expérimentation IPEP propose de tester une incitation financière collective complémentaire aux financements de droit commun (paiement à l'acte, tarification à l'activité, dotation globale...) dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Cette incitation s'adresse à des groupements d'acteurs, librement constitués, qui seront libres d'utiliser les marges de manœuvre restant à leur disposition. Elle est calculée en fonction de l'atteinte d'objectifs en matière de qualité des prises en charge, d'expérience patient et de maîtrise des dépenses pour une population donnée. Suite à un appel à manifestation d'intérêt publié au printemps 2018, le cahier des charges est en cours de co-construction avec 18 groupements d'acteurs en santé³. Il sera mis en œuvre à partir du premier trimestre 2019.

Cette extension du modèle de financement à la qualité et à la pertinence suppose de réaliser un effort sensible pour concevoir des indicateurs de qualité fiables et concrets pour les professionnels. Plusieurs expériences étrangères et françaises dans le domaine de la santé et d'autres secteurs,

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article/appels-a-manifestation-d-interet>

portant sur l'utilisation d'indicateurs pour inciter à des changements de comportement tendent à conclure que les modèles de financement à la qualité devraient être simples, lisibles et ne comporter qu'un nombre réduit d'indicateurs. Leur nombre exact reste à déterminer et peut varier d'un secteur à l'autre (pour le nouveau modèle IFAQ, il est ainsi proposé de limiter leur nombre à 10 par activité). Il est indispensable en contrepoint de favoriser le renouvellement régulier des indicateurs de qualité et de pertinence. Afin de répondre à ces besoins, une gouvernance appropriée devra être mise en place, permettant de multiplier les propositions des acteurs (HAS mais aussi professionnels de santé et représentants des patients), de capitaliser sur les travaux menés dans d'autres pays occidentaux (initiative International Consortium for Health Outcomes-ICHOM par exemple) mais aussi d'augmenter le volume et la vitesse de production d'indicateurs et de favoriser une démarche d'évaluation. **Cet investissement technique et scientifique devra être conduit dans le cadre d'une démarche échéancée et structurée**, et en s'appuyant sur un croisement des compétences (médicale, soignante, économique, statistique et managériale).

La qualité et la pertinence : outil de modulation des dotations forfaitaires et facteur intégré au tarif

En complément d'un financement sur la qualité des soins délivrés, des indicateurs de résultat portant sur des parcours ou des pathologies spécifiques permettront de suivre les impacts et, dans les cas pertinents, de moduler les paiements forfaitaires qui seront développés.

Un autre incitatif fort à une prise en charge de qualité est d'intégrer au sein des tarifs les éventuelles complications et ré-hospitalisations, comme l'a rappelé le HCAAM⁴ et comme l'ont initié de nombreux pays occidentaux. En effet, cela encourage notamment les acteurs à se coordonner avec les professionnels qui assurent le suivi du patient post-hospitalisation. Il est donc proposé d'étudier au cas par cas l'opportunité d'intégrer à certains tarifs les complications et réadmissions. Ce travail pourrait être réalisé notamment dans le cadre des révisions des nomenclatures présentées ci-dessous.

1-2 Un forfait "pathologies chroniques" pour favoriser le suivi au long cours

L'augmentation continue du nombre de cas de pathologies chroniques est observée par tous les systèmes de santé occidentaux. En France, les pathologies chroniques représentent 60 % des dépenses d'assurance maladie alors qu'elles concernent 35 % des assurés soit 20 millions de patients (source rapport Charges et Produits 2019- CNAM).

La prise en charge d'une personne atteinte d'une pathologie chronique (diabète, maladie rénale chronique, maladie cardio-vasculaire...) nécessite le plus souvent l'intervention de plusieurs

⁴ HCAAM. *Rémunération à l'épisode de soins*. Doc. N°15 annexé au rapport « Innovation et système de santé », séance du 25 février 2015.

professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux travaillant ensemble dans la durée. Le paiement à l'acte en ville, ou au séjour dans les établissements, ne permet actuellement pas d'accompagner cette prise en charge pluridisciplinaire, car il ne valorise pas la prévention, la coordination, ni l'objectif d'amélioration de l'état de santé sur le long terme.

C'est pour pouvoir mieux prendre en charge ces activités que nous préconisons la mise en place de forfaits de prise en charge de situation chronique, qu'il s'agisse de patients atteints d'une pathologie donnée, ou de patients, par exemple, âgés, atteints de plusieurs pathologies.

Un paiement forfaitisé pour assurer le suivi au long cours des patients

Dans le cadre d'un paiement au forfait, le professionnel de santé, au lieu d'être payé à chaque rencontre avec son patient atteint d'une pathologie chronique, recevra un paiement global pour sa prise en charge. Ce paiement pourra être annuel ou mensuel en fonction des pathologies et des professionnels. Afin d'éviter les stratégies de sélection des patients, le montant du forfait devra différer en fonction de l'état clinique du patient et de son histoire personnelle (pathologies associées, sévérité de la pathologie, conditions de vie). De nouvelles informations cliniques et socio-démographiques résumant le parcours et les conditions de vie du patient, serviront à moduler le forfait. Ces informations ne se trouvent pas aujourd'hui suffisamment renseignées dans le Système National des Données de Santé (SNDS).

L'enjeu principal lié à la forfaitisation du paiement en santé est d'inciter à une prise en charge pluriprofessionnelle cherchant à améliorer les résultats pour le patient.

C'est pourquoi :

- le versement du forfait sera conditionné au respect d'un **cahier des charges** permettant d'assurer la réalisation d'un suivi a minima pour chaque patient (par exemple, nombre de consultations physiques et/ou télé transmises). Ce cahier des charges ne pourra pas évidemment établir la stratégie clinique optimale pour chaque patient mais il permettra de préciser les principales prestations attendues ;
- le niveau du paiement du forfait dépendra du niveau **de risque de chaque patient. Le nombre de niveau de risque devra être néanmoins limité ;**
- **enfin, le niveau de qualité atteint devra être suivi à partir d'indicateurs** cliniques, biologiques et rapportés par les patients. Ce suivi permettra à chaque professionnel de s'interroger sur la prise en charge des patients. Il permettra aussi de veiller à ce que personne ne réduise le niveau de service, risque souvent associé au paiement au forfait. Le niveau des forfaits pourra être modulé à court ou moyen terme par le niveau de qualité dans les cas pertinents (en fonction de la qualité et de la pertinence des indicateurs, du nombre de patients traités par une structure ou un groupe de professionnel qui doit être suffisant d'un point de vue statistique, ainsi que des conditions de recueils).

Avec l'introduction d'un forfait, l'incitation donnée aux acteurs du système de santé se déplace donc d'une incitation à l'activité, vers une incitation à l'amélioration de la prise en charge du patient.

Un forfait incitatif au regroupement de tous les professionnels autour du patient

Le paiement au forfait pourrait concerner potentiellement tous les acteurs de santé. Par exemple, pour une personne atteinte d'un diabète non équilibré, un forfait pourra être mis en place pour une équipe pluriprofessionnelle comprenant un ou plusieurs médecins, une infirmière en charge de la coordination du parcours du patient et des professionnels paramédicaux spécialisés (diététicien, assistante sociale...).

Compte tenu de la diversité des structures et des professionnels exerçant en ville, la task force ne recommande pas qu'un forfait unique soit versé à tous les acteurs (médecin généraliste, infirmier, établissement de santé...) de manière indivisible par l'assurance maladie. En effet, cela nécessite une structuration avancée des soins en ville pour éviter la passation de très nombreux contrats entre chacun de ces acteurs ainsi que l'évolution du cadre de facturation. Des expérimentations de forfaits partagés entre plusieurs professionnels sont dès à présent proposées dans le cadre introduit par l'article 51 et seront évaluées. Elles permettront aussi de mieux comprendre les conditions de faisabilité de tels forfaits groupés.

Ainsi, dans un premier temps, chaque acteur (établissements de santé, médecin généraliste, infirmier) percevra-t-il son propre forfait. Cela implique que le périmètre de chacun des forfaits (quels patients sont concernés ? quelles activités à réaliser ?) et les éléments de résultats suivis soient cohérents voire identiques entre les professionnels de santé : l'incitation provenant du modèle de rémunération de chaque acteur sera la même, ce qui permettra d'inciter au travail concerté dans l'objectif d'améliorer la qualité globale de la prise en charge.

Finalement, le paiement au forfait permet de diminuer l'effet de silo qui existe entre la ville et l'hôpital et la coordination entre les acteurs sera encouragée.

Une mise en œuvre concrète et simple de ce paiement forfaitisé pour le patient et les professionnels

Puisque ces forfaits s'adressent aux personnes atteintes d'une pathologie chronique, la prise en charge sera assurée à 100 % par l'assurance maladie dans le cadre des affections de longue durée (ALD). Le patient n'aura plus à payer à chaque acte le professionnel qu'il consulte et le paiement du professionnel de santé sera également aisé en pratique (la caisse d'assurance maladie sera l'unique payeur du professionnel).

Le système devra rester simple et lisible pour tous. Ainsi, le nombre de forfaits par pathologie chronique en fonction de l'état du patient devrait être limité à quelques niveaux.

Avec le paiement au forfait, la qualité des soins doit être améliorée

Pour les patients atteints d'une maladie chronique, le recours au paiement au forfait reflète le mieux l'organisation des soins qu'il faut privilégier, permettant un suivi au long cours du patient. Il permet une prise en charge globale de ce patient et incite à la coordination entre acteurs. Surtout, il change la perspective : d'un patient consultant un professionnel de santé à certains intervalles, le système décrit ci-dessus permet d'évoluer vers un objectif d'amélioration des résultats à moyen terme. Il offre une plus grande souplesse pour atteindre cet objectif, notamment en permettant à une équipe

pluridisciplinaire spécialisée d'être en charge de l'ensemble d'un parcours et donc d'affecter les bonnes prises en charge aux bons professionnels, sans figer a priori les modalités de contact.

Le patient restera en outre libre de choisir son référent médical et pourra en changer, dès lors qu'il ne cumule pas deux forfaits en même temps auprès de deux professionnels ou structures différents.

Ce paiement au forfait devrait en outre être une avancée importante pour favoriser la prévention secondaire et tertiaire, puisque l'objectif auquel incite ce forfait est de maintenir et d'améliorer l'état de santé d'un patient, et non plus simplement pour le professionnel de répondre à une demande de soins ponctuelle.

De tels forfaits ont déjà été introduits avec succès dans d'autres pays, notamment en Allemagne, aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni avec les médecins généralistes.

Dès 2019, il est créé à l'hôpital deux forfaits un pour le diabète (voir ci-dessous) et un pour la maladie rénale chronique en amont de la phase de suppléance (stades 4 et 5) afin d'assurer la prise en charge au long cours des patients complexes par une équipe spécialisée.

L'exemple du diabète

La prise en charge du diabète sera l'une des premières pathologies chroniques pour laquelle les modalités de paiement pourront évoluer. Elle concerne plus de 3,5 millions de Français, nécessite un suivi au long cours des patients, un accompagnement dans la gestion de leur maladie, ainsi qu'une approche graduée en fonction du stade de la maladie. Les premières mesures à mettre en œuvre sont par exemple souvent hygiéno-diététiques, nécessitant un suivi particulier pour aider à changer des habitudes de vie, et les traitements pharmacologiques disponibles varient en fonction de leur capacité à stabiliser le diabète.

Pour les établissements de santé, il sera créé dès 2019 un forfait diabète dit "de transformation" permettant la prise en charge au long cours des patients à complexité avérée par une équipe médicale et soignante spécialisée. Cette équipe comportera notamment un diabétologue, un infirmier responsable de la coordination du parcours et un diététicien. En tant que de besoin, cette équipe pourra également intégrer d'autres professionnels, comme une assistante sociale, un podologue, un ophtalmologue ou un pharmacien.

Ce forfait se substitue à l'actuelle facturation par les structures hospitalières des consultations, hôpitaux de jour et hospitalisations de courte durée. Ce forfait constituera, pour la première année, un socle calculé à partir des dépenses actuelles qui n'évoluera que partiellement en fonction de la variation de la file active.

La file active concernée devrait compter de 200 000 à 300 000 patients (2019) parmi les 3.5 millions de patients concernés.

Les autres patients relèvent d'une prise en charge par la médecine de ville. La collaboration entre la médecine de ville et les structures hospitalières sera encouragée et sera prise en compte dans l'allocation des ressources.

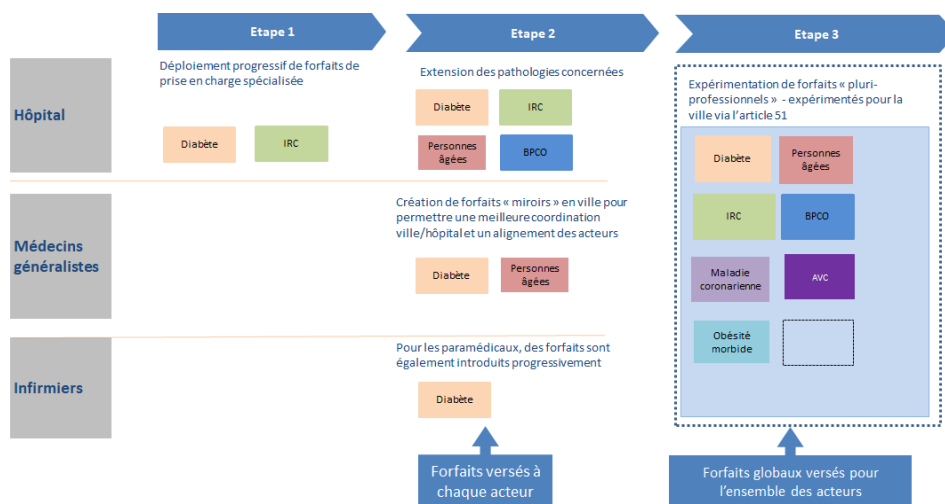
Le versement de l'intégralité du forfait sera soumis à la réalisation d'un nombre minimal d'actes (une consultation avec le diabétologue, une consultation d'éducation thérapeutique, une consultation de diététique). Un recueil d'informations médicales permettant le suivi du patient (taux d'HbA1C ou questionnaire d'autoévaluation de sa maladie par le patient par exemple) sera mis en place. Dès 2020, ces résultats cliniques seront pris en compte pour moduler le forfait au regard du risque de chaque patient afin d'éviter un biais de sélection des patients.

Les séjours hospitaliers plus longs et les complications resteront pris en charge selon les modalités de tarification habituelles.

Très rapidement, de tels types de forfaitisation devront également être mis en place **pour la médecine de premier recours**. Tout d'abord pour le médecin généraliste, un forfait de prise en charge globale des patients diabétiques pourra se substituer aux consultations actuellement réalisées. Cette prise en charge sera également modulée selon l'atteinte de résultats cliniques et conditionnée à la réalisation d'un nombre minimal de consultations. Les résultats cliniques pris en compte seront très similaires à ceux permettant la modulation du forfait de l'équipe spécialisée. L'incitation fournie par le système de prise en charge sera donc de renforcer la stratégie de moyen terme pour lui permettre de stabiliser son diabète. Pour le médecin traitant, le niveau du forfait sera nécessairement ajusté en fonction de l'état général de santé du patient, et le cas échéant de ses autres pathologies chroniques et de ses conditions de vie.

De la même façon, un forfait de prise en charge au long cours pourra être créé pour les infirmiers libéraux qui suivent des patients diabétiques, notamment lorsque ces patients sont insulino-dépendants et ne sont pas en mesure de réaliser eux même tous leurs soins. Ce forfait comprendra des caractéristiques similaires à ceux des forfaits pour le médecin traitant et l'équipe spécialisée de la structure de soins : il se substituera aux actes individuels réalisés par l'infirmier, et permettra aussi de mieux reconnaître le rôle de l'infirmier dans l'atteinte d'un résultat global de prise en charge du patient.

Progressivement, ce mode de prise en charge pourra être étendu à d'autres pathologies, ou à d'autres situations (personnes âgées), selon le travail séquentiel représenté dans la figure ci-dessous :



L'expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS) propose de tester une rémunération forfaitaire prospective, collective (partagée entre les différents professionnels de santé pour un suivi en ville) et substitutive au paiement à l'acte. Elle a pour objectif de favoriser le travail en équipe, la pertinence des actes et l'organisation intégrée des soins. Le forfait tient compte de la diversité de la patientèle de la structure et sera, en partie, modulé au regard des résultats obtenus sur des indicateurs de qualité de la prise en charge. Suite à un appel à manifestation d'intérêt publié au printemps 2018 dans le cadre de l'article 51, le cahier des charges est en cours de co-construction avec 11 structures d'exercice de soins coordonnées, et portera sur trois thématiques : régulation, personnes atteintes de diabète et patientèle totale⁵. Il sera mis en œuvre à partir du premier trimestre 2019.

1-3 Paiement groupé à la séquence de soins, pour les prises en charge nécessitant une coordination renforcée entre les acteurs

Un paiement incitatif à la coordination des acteurs permettant d'accroître l'efficience et la pertinence des prises en charge

Le mode de financement à l'acte et au séjour est peu incitatif à la coordination des acteurs, et induit de facto des actes inutiles, redondants voire non pertinents.

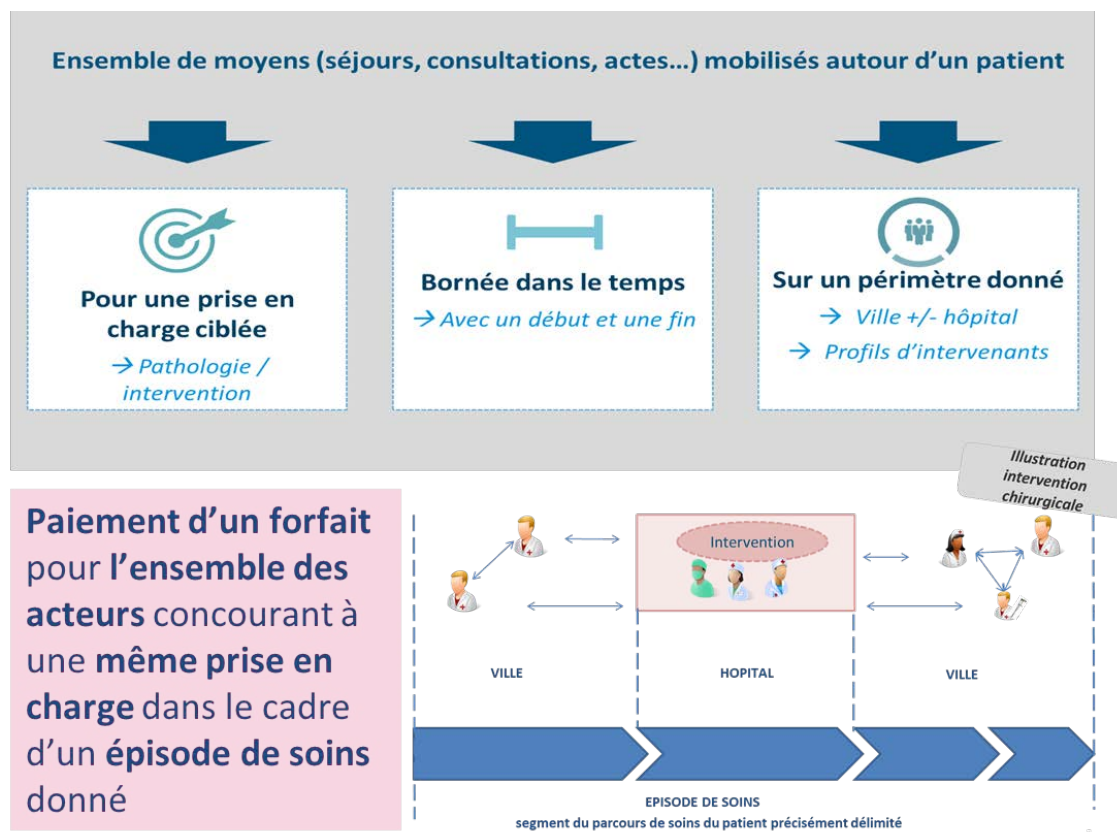
L'objectif est donc d'introduire progressivement des modes de financements groupés pour l'ensemble des offreurs de soins sollicités au cours de l'épisode de soins considéré, ou « *bundled payment* ». Ce mode de paiement suppose que les offreurs de soins se coordonnent entre eux en vue de se partager la rémunération de la manière la plus efficace possible.

Ce paiement a pour objectif de favoriser l'efficience de la prise en charge en évitant les actes inutiles et non pertinents, et en permettant de diminuer les ré-hospitalisations. Il incite également à la structuration de filières de prise en charge, notamment pour des activités prescrites suite à une première hospitalisation.

Le mode de détermination du forfait est en règle générale fonction du coût moyen de la prise en charge médicale la plus adaptée, décrite selon des recommandations de bonnes pratiques ou d'avis d'experts ("*best practice tariff*"). Il intègre la phase de préparation à l'hospitalisation, l'intervention en elle-même et ses différentes composantes, ainsi que l'accompagnement de la sortie et le suivi

⁵ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article/appels-a-manifestation-d-interet>

post-hospitalisation comprenant les éventuelles complications sur une période pouvant aller, par exemple et suivant les interventions, de 90 jours à 1 an.



En proposant un forfait global pour une prise en charge déterminée sur une période fixée, ce forfait se substitue au paiement à l'acte et au séjour. Les forfaits sont ajustés au risque du patient pour éviter les effets de sélection des patients.

Ce paiement global et groupé a pour objectif de favoriser l'efficacité de la prise en charge en évitant les actes non nécessaires, et en permettant de diminuer les ré-hospitalisations.

C'est ce qui a été observé dans les expériences étrangères : diminution de 17 % du taux de ré-hospitalisation pour complications pour l'épisode d'arthroplastie du genou et de la hanche dans le cadre du programme *United Healthcare* aux Etats-Unis (source Mc Kinsey), baisse de 18 % des complications et de 23 % des ré-hospitalisations dans le cadre du programme *Orthochoice* (Suède, 2008) sur les épisodes de prothèse totale de hanche et de genou [Source : CNAM].

Une nécessaire contrepartie : la mesure de la qualité

La forfaitisation globale d'une prise en charge ne doit pas nuire à la qualité des soins. La prise en compte dans le forfait des complications constitue déjà un fort incitatif mais la qualité de la prise en charge doit être suivie et évaluée.

Aussi, des indicateurs de mesure des résultats de la prise en charge seront développés et adaptés en vue de garantir un niveau adapté de qualité et sécurité des soins.

Le point de vue du patient, son expérience, seront également mesurés. En effet, l'adhésion du patient sera l'un des éléments de réussite de ce type de forfait.

In fine, les forfaits feront l'objet d'une modulation en fonction des résultats de ces indicateurs (bonus/malus).

Propositions de mise en œuvre

La mise en œuvre de tels forfaits nécessite une contractualisation entre les acteurs concourant aux soins, ce qui peut se révéler complexe au vu de la multiplicité des intervenants encore très peu structurés, notamment en ville.

Les expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 sur trois interventions chirurgicales permettront de tester le caractère opérationnel d'un mode de financement unifié pour une séquence donnée de soins ville-hôpital et d'évaluer les organisations les plus innovantes et efficaces. Ces expérimentations pourront être étendues à d'autres catégories d'interventions.

En cohérence avec ces expérimentations et au vu de leurs premiers apprentissages, des paiements groupés pourront être mis en place en vue d'inciter à la structuration de filière de soins entre le MCO et le SSR et le MCO et l'HAD.

En effet, une grande partie des séjours SSR ou HAD sont précédés et donc prescrite lors d'un séjour en MCO (78 % des séjours en HAD sont précédés d'un séjour en MCO [source HAS]) ou MCO-SSR, notamment en suite de prise en charge chirurgicale aiguë. L'introduction de ce type de paiement devra être progressive afin de s'assurer de la capacité des acteurs à s'organiser sans que cela conduise à des difficultés juridiques ou à une trop forte complexité. Elle sera concomitante à la mise en place des réformes de financement dans ces secteurs prévues à compter de 2021, qui pourront ainsi progressivement intégrer des financements groupés sur des segments de parcours. Les travaux sur les nomenclatures pour ces deux secteurs devront permettre de répondre à cet objectif.

Par ailleurs, les ré-hospitalisations pourront faire l'objet de paiements groupés avec l'hospitalisation initiale dans un certain nombre de cas où cela est pertinent. Les exemples internationaux montrent que c'est bénéfique pour la qualité des soins et l'amélioration de l'accompagnement du patient.

L'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins (EDS) pour des prises en charge chirurgicales propose de tester un paiement groupé sur la base d'un panier de soins défini pour une séquence de soins donnée, alternative aux modalités de financement actuelles des soins. Ce financement est ajusté à l'état de santé des patients et tient compte de la qualité des soins réalisés. Suite à un appel à manifestation d'intérêt publié au printemps 2018 dans le cadre de l'article 51, un projet d'expérimentation est en cours de co-construction avec 25 établissements de santé et leurs partenaires pour trois interventions : colectomie pour cancer colique, prothèse totale de hanche, prothèse totale de genou⁶. Il sera mis en œuvre à partir du premier trimestre 2019.

⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article/appels-a-manifestation-d-interet>

1-4 Un paiement à l'acte et à l'activité toujours pertinent, mais qui doit évoluer

Si la combinaison des modes de paiement est souhaitable pour mieux refléter les différents besoins de prise en charge, un paiement à l'acte ou à l'activité reste l'approche la plus pertinente pour différentes situations, par exemple une consultation d'expertise chez un médecin spécialiste ou un acte technique spécifique (par exemple un examen radiologique) ou chez le médecin traitant pour une consultation ponctuelle d'un patient ne présentant pas de pathologie chronique.

Néanmoins, afin de favoriser la pertinence des prises en charge, il est essentiel que la description des actes et des activités corresponde en permanence à l'état de l'art médical. Par ailleurs, il est nécessaire que les prix relatifs des actes et des activités soient cohérents avec les coûts supportés par les professionnels et les structures de soins. La sur-cotation d'un acte peut conduire à sa réalisation trop fréquente comme la sous-cotation peut conduire à ne pas réaliser l'acte dans un cas où il serait nécessaire.

Le maintien d'une part significative de rémunération à l'acte ou l'activité ne peut s'envisager sans un investissement majeur sur la révision des nomenclatures afin d'en assurer la cohérence et la pertinence avec l'état de l'art médical. Dans de nombreux domaines, il existe des dizaines voire des centaines d'actes (en biologie) qui sont classés hors nomenclature. Les rythmes de mise à jour sont souvent trop lents conduisant à une durée de révision générale des nomenclatures qui pourrait durer plus d'une centaine d'années.

Par ailleurs, la description de l'acte, et de son indication, devrait évoluer dans plusieurs situations : en effet, parfois aujourd'hui, les systèmes de codage des actes ne permettent pas d'avoir une information très précise sur l'acte technique réalisé (pour les infirmiers par exemple, il n'est pas possible de distinguer la pose d'un nouveau pansement de l'injection d'un médicament), ce qui ne permet pas d'analyser finement la pertinence des prises en charge de notre système, ni les indications dans lesquelles les actes devraient être réalisés (par exemple, uniquement en seconde intention après la réalisation d'un premier examen positif).

Le paiement à l'acte pourrait également évoluer pour des épisodes courts et standards de soins chez un même acteur. Par exemple, il serait souhaitable de créer un paiement "à l'activité" regroupant une séquence complète de rééducation chez un masseur kinésithérapeute (généralement, une dizaine de séances pour la pose d'une prothèse de genou), plutôt que de payer à la séance de rééducation. Un tel paiement à l'activité permettrait de mieux suivre la finalité de ces séances, mais aussi d'envisager un recueil des résultats de la rééducation. Au contraire, le paiement à la séance ne permet pas de suivre un parcours cohérent du patient, ni d'envisager des évolutions du mode de rémunération.

Concernant la partie hospitalière, la T2A a permis de favoriser la réactivité du système et notamment de corriger des iniquités majeures dans l'allocation des moyens des établissements. S'il est important de conserver ce mode de financement pour continuer à répondre aux besoins des patients sur des soins ponctuels, aigus et spécialisés, plusieurs évolutions sont à envisager du fait de la progression des maladies chroniques :

- la description médicale de la T2A devrait être revue pour être plus pertinente et mieux tracer la réalité des séjours ;

- le système doit également devenir davantage réactif et adaptatif en fonction des évolutions des prises en charge ;
- aujourd'hui, les tarifs des GHM sont essentiellement fondés sur l'observation des pratiques historiques d'un échantillon d'établissements de santé. Un troisième enjeu est de parvenir à se fonder sur ce qui devrait être fait et non plus sur ce qui a été fait. Il faut donc adopter des principes tarifaires adaptés à l'objectif poursuivi (type *Best Practice Tarif* en Grande Bretagne). Cette idée est développée ci-dessous dans le chapitre consacré à la révision des nomenclatures.

Par ailleurs, pour les secteurs du SSR et de l'HAD, les réformes en cours intégreront une partie de paiement à l'activité (en parallèle d'un financement socle et d'un paiement groupé) avec, à terme, une nouvelle nomenclature basée sur des protocoles de prises en charge (ce qui doit être fait) et non sur du constaté (ce qui a été fait). Cette nouvelle orientation supposera une médicalisation plus importante de la construction des nomenclatures (cf. chapitre sur le sujet).

Une 1ère étape en 2019 sur l'évolution des GHM/GHS est proposée par la Task-Force, pour répondre à de vrais freins au développement des pratiques. Les établissements développant les pratiques les plus cohérentes avec l'état de l'art sont parfois pénalisés par l'échelle relative des tarifs. Les mesures proposées sont les suivantes :

- Lever les freins au développement de la chirurgie ambulatoire : supprimer les bornes basses qui existent encore pour des niveaux de prise en charge plus élevés (niveaux 2 et 3) ;
- Inciter au développement de la RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie) dans une dizaine de prise en charge représentatives, par la suppression de la référence à la durée moyenne de séjour (DMS) dans la classification des GHM ;
- Inciter au développement de la médecine de courte durée par la mise en place de tarifs uniques entre les séjours de très courte durée et l'hospitalisation complète.

1-5 Investissement / structuration des soins de ville

L'investissement joue un rôle majeur dans l'évolution des structures et des organisations.

- L'investissement hospitalier

Les projets d'envergure, le plus souvent immobiliers sont examinés par le COPERMO (Comité Interministériel de performance et de modernisation de l'offre de soins) créé en 2011. Il réunit l'ensemble des acteurs du financement. Il définit un plan de financement qui sera suivi en première intention par les ARS. Ce plan de financement qui est contractualisé avec l'établissement bénéficiaire au travers d'un plan global de financement pluriannuel engage ce dernier, en particulier sur un taux de marge afin d'assurer un auto financement suffisant tout au long du déroulement du projet.

Le mode de financement de l'investissement hospitalier ne nous paraît pas à revoir, et la mise en place du COPERMO a constitué un véritable progrès par rapport à la situation antérieure. Il nous semble néanmoins que les efforts soient maintenus pour toujours :

- mieux prendre en compte les complémentarité de l'offre de soins territoriale, qu'elle soit publique ou privée ;

- consacrer un pourcentage plus élevé des subventions attribuées au numérique, à l'intelligence artificielle et aux plateaux techniques et ainsi, de moins financer les structures d'hébergement compte-tenu de l'incertitude actuelle sur les besoins en lits du fait de la prise en charge renouvelée des maladies chroniques ;
- mieux responsabiliser chaque établissement sur ses résultats financiers en découpant chaque projet en tranches réellement fonctionnelles permettant si besoin un arrêt du programme en cours en raison d'une dégradation de ceux-ci. On constate en effet une dégradation tendancielle depuis en particulier trois ans des résultats financiers des hôpitaux avec pour conséquence une baisse des taux de marge (taux de marge moyen passant de 6,93% en 2013 à 4,94 % en 2017).

Les établissements privés qu'ils soient à but non lucratifs ou non doivent aussi pouvoir présenter des projets intégrant le numérique et les nouvelles technologies afin que chaque territoire de santé dispose d'une offre de soins complète, adaptée et cohérente.

Par ailleurs, il semble nécessaire de faciliter le développement d'une évaluation inspirée des normes de l'health technology assessment (sécurité et service rendu, impacts médico-économique et organisationnel). Cette dernière pourrait être portée par des établissements en réseau au service de l'ensemble des établissements hospitaliers, en lien étroit avec la HAS, sur le modèle du CEDIT que portait l'APHP dans les années 2000.

La structuration des soins de ville

Un des enjeux de Ma santé 2022 vise en particulier à structurer la médecine de ville, organisée à ce jour essentiellement autour de cabinets composés de 1 ou 2 médecins généralistes. La création de 1000 CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) et de 2000 structures d'exercice coordonné doit s'accompagner d'aides à leur structuration afin d'en favoriser l'émergence. Des moyens en investissement devront être notamment consacrés au numérique via un financement à l'usage : échanges d'informations avec les autres acteurs du territoire, gestion des données médicales, analyse des pratiques, indicateurs de qualité, plateforme de télémédecine, suivi d'objets connectés pour les patients chroniques, projets de recherche.... Cet investissement dans les soins de ville devra dans tous les cas s'accompagner de garantie sur la structuration effective des acteurs : les financements, le cas échéant individuels, devront être conditionnés à l'appartenance à une structure d'exercice regroupé ou à une CPTS, selon les situations.

L'échelon de proximité qu'assure les hôpitaux de proximité devra également faire l'objet d'un soutien financier afin de renforcer leurs liens avec la médecine générale et assurer la gradation des soins définis dans le cadre de Ma Santé 2022. La cohérence avec la structuration des CPTS devra être assurée au niveau territorial par les ARS.

1-6 Financement à la population et pour les missions d'intérêt général

Ce mode de financement est fondamental 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. Il en va ainsi, par exemple, des services d'urgence, de la psychiatrie, du SSR ou de l'HAD ou de la réponse aune population dont l'épidémiologie et les caractéristiques démographiques sont

spécifiques (certains DOM). Ce mode de financement pourrait, aussi, trouver à s'appliquer à certaines maladies rares (en totalité ou partie).

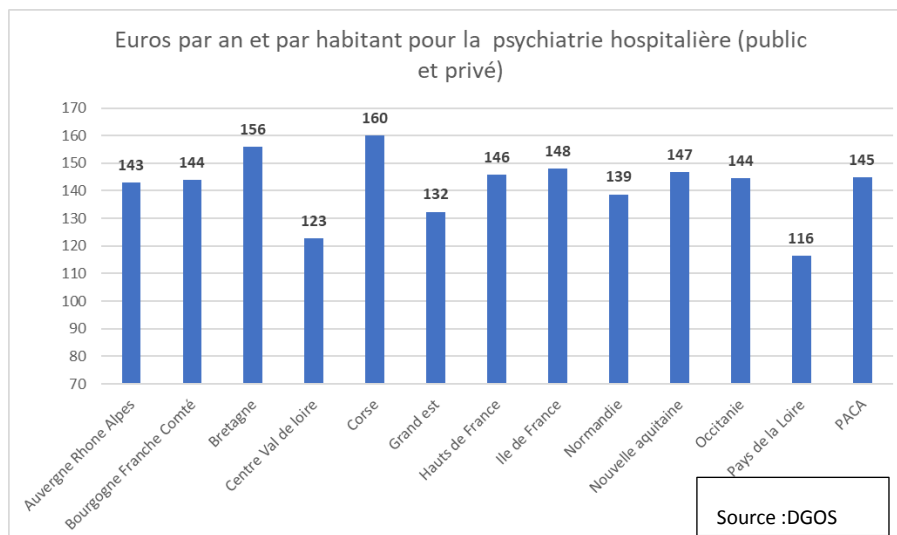
Psychiatrie

La psychiatrie est un secteur financé aujourd'hui de manière duale. La psychiatrie publique et à but non lucratif représente 314 établissements avec un financement assuré par une dotation annuelle de financement (9 milliards d'euros) dont la dynamique de progression a été de 1,2 % par an sur les 7 dernières années. La psychiatrie privée à but lucratif, de son côté, représente 173 établissements avec un financement assuré par le prix de journée (735 millions d'euros) dont la dynamique de dépenses est de 3,2 % par an sur les 7 dernières années.

La dichotomie des modalités de financement ne favorise pas les nécessaires évolutions des modalités de prise en charge des patients, notamment vers l'ambulatoire. Alors que le secteur public a entamé sa conversion vers une psychiatrie ambulatoire, le mode de financement du secteur privé peut être un frein à ce mouvement puisqu'il incite davantage à l'hospitalisation complète. De fait, la réduction des capacités d'hospitalisation a été beaucoup plus importante dans le secteur public que dans le secteur privé ce qui aboutit au paradoxe que la durée moyenne de séjours soit plus importante dans ce dernier désormais (38 jours contre 28) (source Statistique annuelle des établissements de santé).

Par ailleurs, le mode de financement actuel a laissé perdurer des inégalités importantes de moyens entre les régions, illustrées dans le graphique ci-dessous, du fait de différences à la fois entre les niveaux de dotation annuelle de financement mais aussi entre les niveaux de prix de journée. Ces inégalités de financement sont aiguës, qui plus est, par les différences entre régions en matière de précarité de la population et de densité de psychiatres libéraux.

Figure 3 : différences régionales dans les moyens de la psychiatrie hospitalière

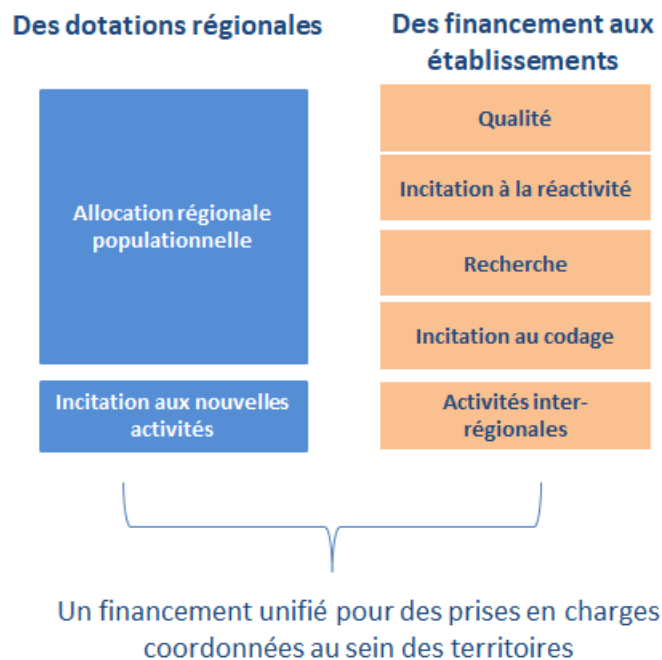


En lien avec les axes stratégiques de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, et afin de garantir une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité, il est proposé d'instaurer un financement cohérent pour l'ensemble des établissements, reposant sur une dotation populationnelle ainsi que des modalités de financement incitant à la qualité, la réactivité et au développement de nouvelles activités et à la recherche.

Le financement via une dotation populationnelle a pour objectif de favoriser la réponse aux risques et aux besoins de santé des populations en fonction des territoires ainsi que l'accès aux soins des populations. Cette dotation doit également permettre d'aligner les acteurs sur les objectifs de développement des prises en charge ambulatoires en s'écartant de modes de financement favorisant davantage l'hospitalisation complète (prix de journée).

Cette dotation populationnelle, ajustée à la précarité de la population et tenant compte des surcoûts de prise en charge associés à la population mineure, serait versée aux ARS. Celles-ci répartiraient la dotation aux établissements de tous les secteurs, selon des critères transparents qui feraient l'objet de discussions au niveau national pour assurer la cohérence du système, mais aussi au niveau local au sein d'un comité régional associant l'ensemble des partenaires. L'objectivité des critères sera un point essentiel de ce travail régional. Ce vecteur principal de financement sera complété par les compartiments suivants :

- amorçage et développement de nouvelles activités afin de favoriser l'innovation continue en matière de prise en charge et d'inciter à la diffusion sur les territoires des bonnes pratiques et des chemins cliniques probants ;
- qualité avec un jeu d'indicateurs propres au secteur de la psychiatrie, afin d'améliorer la qualité des prises en charges y compris pour les pathologies somatiques, en coordination avec les champs sociaux et médico-sociaux ;
- réactivité pour inciter les établissements à prendre en charge les patients dans les délais les plus courts possibles puis à les suivre. Les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) seront pris en compte ;
- recherche afin de dynamiser les publications dans le domaine, notamment pour la pédopsychiatrie.



La mise en place de ce nouveau mode de financement devra être progressive et prendre en charge les situations actuelles, notamment les disparités de financement et les différences existantes entre le secteur privé et le secteur public.

Urgences

Le modèle de financement des services d'urgence comprend, aujourd'hui, une part forfaitaire qui évolue par palier en fonction du nombre de patients accueillis au sein du service d'urgence et d'un financement propre à chaque passage. Alors que les services d'urgence sont des points d'accès aux soins structurants de notre système de santé, leur mode de financement fait une part importante à l'activité. Dès lors, la réforme visera à consolider la partie forfaitaire du financement en reliant celui-ci à un socle de financement plus qu'aux passages. Une partie du financement demeurera liée à l'activité en particulier pour les charges variables. Le modèle de financement rénové englobera services d'urgences et SMUR (à l'exception des centres 15) qui dans les faits sont de plus en plus souvent mutualisés. Il sera tenu compte de la particularité de la prise en charge pédiatrique.

SSR et HAD

Si les deux activités sont, évidemment, différentes, elles disposent de points communs en matière de financement. Dans les deux cas, les modalités de financement devront reconnaître une part de financement socle en parallèle de la part à l'activité. Cette reconnaissance est nécessaire pour assurer le fonctionnement des structures et leur coordination avec les autres acteurs du territoire sur la prise en charge (soins de ville et hospitalisation).

2- La combinaison des modalités de paiement envisagée pour la ville et l'hôpital

2-1 Soins de ville

L'évolution des modalités de financement doit être engagée de manière concomitante dans l'ensemble des secteurs, ville et hôpital, afin de favoriser le décroisement et d'apporter une réponse coordonnée des professionnels de santé, centrée sur les besoins des patients.

En ville, la diversification des modalités de financement a déjà été amorcée et permet une prise en compte de la qualité ainsi que des mesures de soutien à l'exercice des médecins généralistes : les médecins généralistes et certains spécialistes bénéficient aujourd'hui d'une rémunération à la qualité et les médecins généralistes d'un forfait structure. Un forfait patientèle est également versé aux médecins traitants. Ces rémunérations sont additionnelles et non substitutives à l'acte.

En cohérence avec les enjeux de transformation du système de santé et avec le rôle de clé de voûte du système des médecins généralistes, cette évolution doit se poursuivre et a vocation à être déclinée dans les futures négociations conventionnelles. Elle a pour objectif de :

- permettre la **réactivité** du système et la réponse à des **besoins ponctuels** de prises en charge à travers le maintien d'une proportion majoritaire de financement à l'acte ou à la séquence de soins ;
- favoriser la **prévention** des complications et améliorer le **suivi** au long cours des patients atteints de maladie chronique, centré sur les **résultats** ;

- responsabiliser les acteurs du système de soins sur la **qualité** et la **pertinence** de leurs pratiques ;
- inciter les acteurs à la **coordination**.

En complément, un effort conséquent doit être fait pour renforcer le soutien apporté à la structuration des soins de ville et en particulier à la médecine générale. Le retard pris en France en matière de structuration des soins de ville est un frein majeur à l'accès aux soins, à l'amélioration de la qualité, et à la transformation du système de soins (virage ambulatoire, soins non programmés...).

La perte d'attractivité de la médecine générale est un symptôme de ces dysfonctionnements, auquel la refonte proposée des modes de tarification pourra en partie répondre via des rémunérations plus attractives et sécurisantes dans un cadre de travail renforcé, permettant de recentrer le médecin sur la qualité des prises en charges.

Pour les médecins généralistes, la task-force propose ainsi les évolutions suivantes, qui ont vocation à être déclinées dans les futures négociations conventionnelles :

- (i) Le maintien d'une part majoritaire de financement à l'acte pour permettre la réactivité du système et favoriser le temps médical consacré aux patients ;
- (ii) La mise en place de forfaits substitutifs à l'acte pour la prise en charge de certaines pathologies chroniques, pour mieux prendre en charge le suivi du patient au long cours.

Pour des raisons de faisabilité et au vu notamment de la multiplicité des intervenants en ville, ces forfaits seraient d'abord versés à un seul professionnel, avec des objectifs cohérents entre les forfaits des différents professionnels. En cible, un forfait unique pour une prise en charge coordonnée entre professionnels pourrait être mis en place, en articulation étroite avec les retours des expérimentations actuellement engagées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Ce forfait serait versé sous la condition du respect d'un cahier des charges minimal, et modulé au résultat de soins obtenu. La montée en charge de ces forfaits serait progressive : un premier forfait pourrait concerner le diabète, qui représente environ 7% en moyenne des consultations d'un médecin traitant. Son périmètre (patientèle, prise en compte des événements intercurrents) et ses modalités seraient à définir avec les professionnels. Ce forfait pourrait être une évolution du forfait patientèle médecins traitants.

L'objectif est de donner plus de latitude aux professionnels pour mettre en place des stratégies de suivi de long cours, centrées sur les résultats pour le patient et la prévention des complications.

En effet la forfaitisation, modulée à la qualité et tenant compte des caractéristiques des patients suivis (notamment la polypathologie et les facteurs sociaux), permet d'optimiser le temps médical, d'intégrer aux prises en charge des modalités plus diverses de suivi (consultations mais aussi contacts téléphoniques, coordination avec les autres professionnels de santé dans un objectif de résultat global pour le patient) et d'optimiser le temps médical. De tels forfaits peuvent également favoriser la coopération entre les différents intervenants puisqu'à la différence de l'acte qui décrit la production d'un soin particulier, ils peuvent tenir compte de l'objectif d'amélioration d'un résultat global pour le patient et de repositionner le médecin traitant dans sa fonction pivot sans crainte de l'impact sur ses revenus d'une diminution du nombre d'actes associés à un patient particulier.

In fine, il s'agit de faire passer l'incitation à « soigner plus » vers une incitation à « soigner mieux », en donnant les moyens aux professionnels de centrer leur attention sur l'atteinte des résultats pour les patients.

(iii) Un paiement à la qualité et à la pertinence revu.

Il s'agirait d'abord d'augmenter le poids relatif de ces paiements pour chaque professionnel afin qu'ils soient plus visibles et transformants. Les indicateurs de qualité devraient être simples, peu nombreux, et surtout faire l'objet d'une diffusion publique et d'un suivi régulier.

Le paiement à la qualité pour le médecin généraliste contiendrait des indicateurs simples sur les facteurs de risques principaux (mode d'alimentation, tabagisme...), faisant une place importante à des indicateurs de prévention primaire. Le paiement à la pertinence, actuellement inclus dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), serait également transformé pour assurer, comme en Allemagne ou au Royaume-Uni, la rémunération des professionnels au regard de leur juste prescription (médicaments, imagerie...) en fonction des caractéristiques de leur patientèle.

(iv) Paiement pour la structuration et l'appui au travail en équipe

La structuration des soins de ville est une priorité. Le financement public d'une partie des investissements numériques ou des frais de fonctionnement de nouvelles structures peut être un véritable accélérateur.

La task-force propose de renforcer le financement de moyens d'appui aux médecins généralistes, dans la suite de la mesure assistants médicaux et en cohérence avec le soutien logistique apporté par les CPTS. Cela pourra prendre la forme d'un renforcement des outils numériques via un financement à l'usage (échanges d'informations avec les autres acteurs du territoire, mais aussi gestion des données médicales, analyse des pratiques, indicateurs de qualité, plateforme de télémédecine, suivi d'objets connectés pour les patients chroniques, projet de recherche...), de financements dédiés aux actions en faveur de la qualité des pratiques (groupes qualité, réunions de concertation pluriprofessionnelles, revues de morbi-mortalité territoriale) ou de la participation à des services rendus à la population (plages de soins non programmés...). Ces financements, le cas échéant individuels, devront être conditionnés à un exercice regroupé (ou une CPTS), pour assurer que ces financements participent réellement à la structuration des soins de ville.

En complément de ces actions, la task-force souligne l'importance que les nouveaux modes de rémunération proposés pour les médecins généralistes et spécialistes concernés soient attractifs.

Pour les médecins spécialistes, la rémunération à l'acte a vocation à perdurer dans une proportion très majoritaire au regard du rôle de second recours de ces professionnels. En complément, le développement de rémunérations à la qualité doit être recherché avec des incitations à la coordination via des indicateurs ad hoc.

Pour certaines spécialités techniques à exercice quasi exclusif en établissement de santé, une forfaitisation des honoraires peut être envisagée en parallèle des forfaits pour la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques.

S'agissant des professionnels paramédicaux :

- pour les infirmiers, des travaux pourraient être engagés pour dessiner les contours d'une rémunération à la qualité. En outre et en cohérence avec le déploiement des infirmières de pratique avancée, la forfaitisation des actes de soins réalisés pour la prise en charge de certaines pathologies chroniques pourrait être envisagée, en particulier pour le diabète qui représente en moyenne environ 35% des actes remboursés (ALD diabète), selon les mêmes principes que les forfaits envisagés pour les médecins généralistes et hors indemnité kilométrique ;

- pour les masseurs kinésithérapeutes, au-delà de l'introduction d'une rémunération à la qualité, la mise en place de paiements groupés avec l'hôpital pourra être étudiée, ainsi que la forfaitisation de certaines séquences de soins pour lesquelles des référentiels ont été définis par la HAS.

Enfin, de même que pour les médecins, l'évolution de la structuration et l'appui au travail en équipe devront être favorisés par des moyens financiers adéquats.

Les modifications apportées seraient nécessairement progressives. Pour avoir un impact réel d'ici 2022, elles nécessiteront toutefois que les travaux de mise en œuvre soient engagés dès 2019 et les négociations dès 2020.

2-2 Établissements de santé : objectif 50 % de T2A en 2022

Pour les établissements de santé, tout statut confondu et tout champ d'activité, le modèle de financement proposé est un modèle combinant plusieurs vecteurs de financement en vue de répondre aux différentes finalités auxquels le système hospitalier est confronté.

La part de financement à l'activité sera ainsi limitée pour ne représenter à terme que 50% de l'ensemble des financements des établissements de santé.

Ce sont ainsi plus de **10 milliards d'euros de financement qui seront concernés par ces évolutions d'ici 2022** :

- la part financée à l'activité (T2A en MCO, DMA en SSR et prix de journée en SSR et psychiatrie privées) représente aujourd'hui 63 % des financements des établissements de santé. Elle sera ramenée à 40 milliards d'euros (50 %) ;
- le financement de la qualité montera en charge pour atteindre 1,9 milliards d'euros en 2022 (2%) ;
- la part forfaitaire représentera 15 % comprenant :
 - les forfaits pathologies chroniques : 4,8 milliards d'euros (6 %) ;
 - les financements socle / structure : 7,2 milliards d'euros (9 %) ;
- les dotations populationnelles dont la transformation de la DAF vers la dotation à la population pour la psychiatrie : 8,7 milliards d'euros (11 %) ;
- les paiements groupés à la séquence de soins, d'abord intra-hospitalière puis ville/hôpital : 3,2 milliards d'euros (4 %).

Les impacts des réformes proposées sur le champ hospitalier

	MCO	SSR	HAD	PSY
Activité	Nomenclature et ENC révisées			Compartiment réactivité
Paiement groupé séquence	A compter de la mise en oeuvre des réformes SSR et HAD, mise en oeuvre de paiement groupé entre les différentes activités			
Paiement socle	Modification financement urgence/SMUR	Financement pour la structuration de l'offre	Coordination	Dotation populationnelle
Qualité	Tous les secteurs concernés			
Forfait pathologie	Diabète/MRC en 2019 puis extension	En discussion dans le cadre de la réforme		

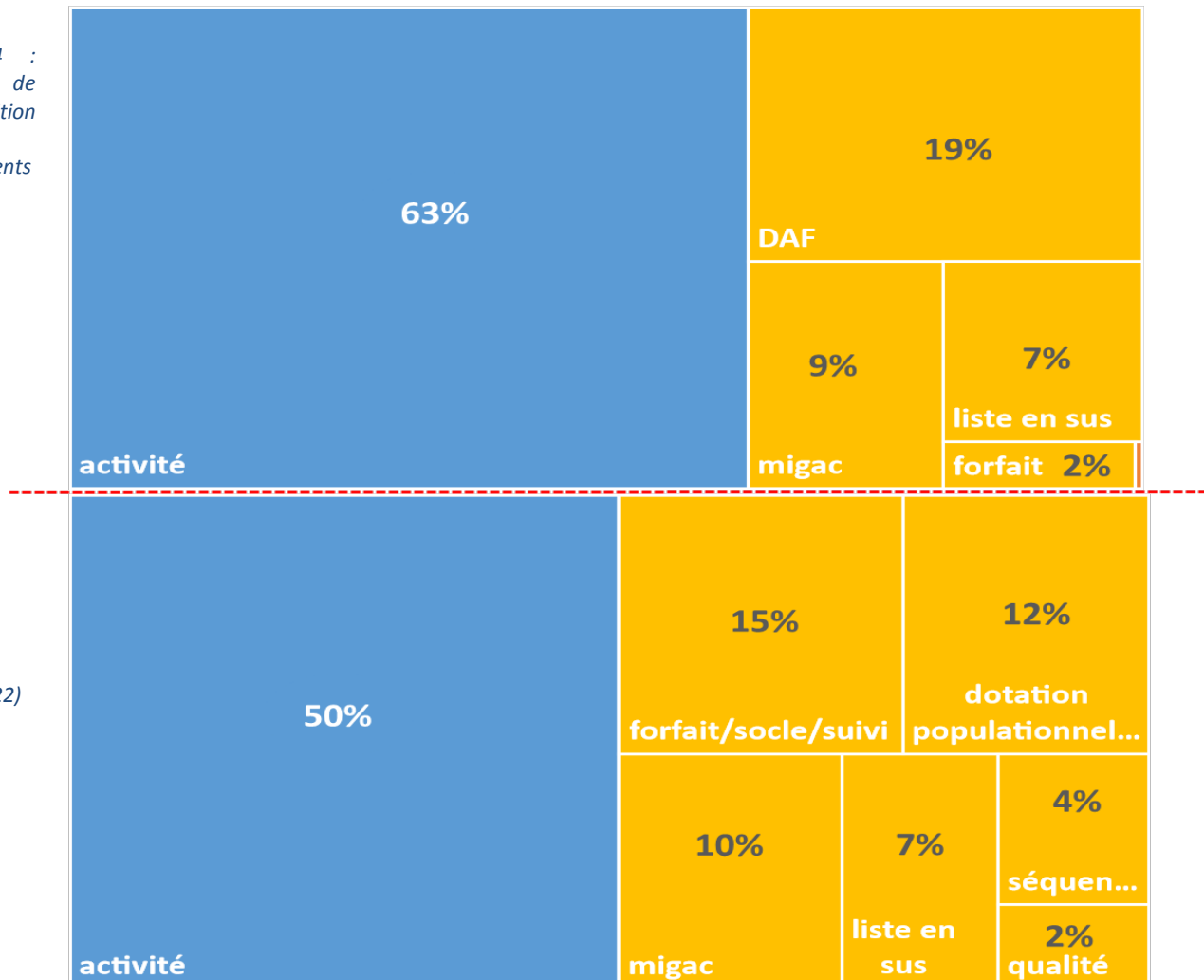
Figure 4 : Evolution de la répartition des financements

2018



2022

(2018/2022)



Focus sur les établissements de santé dans les départements d'outre-mer

Les établissements publics des DOM (92 établissements dont 30 publics) concentrent l'ensemble des spécificités de ces territoires éloignés en termes de démographie, d'épidémiologie et de densité des professionnels de santé installés. Si ces caractéristiques diffèrent fortement de la métropole, elles diffèrent aussi d'un DOM à l'autre.

A ces caractéristiques populationnelles s'ajoutent une difficulté de recrutement de professionnels de santé notamment médicaux, un turn-over important des équipes de direction et des surcoûts liés à l'insularité et à l'éloignement (risque sismique, isolement, évacuations sanitaires...).

Ces établissements connaissent dans leur grande majorité des difficultés financières auxquelles les pouvoirs publics pallient depuis de nombreuses années sans réelle remise à plat de l'ensemble du système. Ces difficultés financières peuvent être liées à des spécificités objectives de leur activité mais aussi à des erreurs de gestion. La HAS identifie des points de progression notables à réaliser dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins. Les principaux indicateurs disponibles montrent également une progression nécessaire en termes d'efficacité. Chaque année, face aux difficultés financières de ces établissements, le Ministère de la santé leur alloue des aides en trésorerie. Ces aides ont progressé de 23 % en 5 ans et de 15 % entre 2016 et 2017 pour atteindre 214 Millions d'euros en 2017.

Le modèle tarifaire est celui de la T2A pour l'ensemble des DOM à l'exception de Mayotte qui est en dotation globale.

Pour tenir compte des différents surcoûts (majorations légales de salaires, coûts des travaux plus élevés en raison de l'insularité, surcoût de l'acheminement des produits de santé...) il est appliqué un coefficient géographique différent selon les DOM, dont le calcul est contesté.)

1 – Propositions d'ajustement du financement aux besoins des populations :

- *Pour Martinique, Guadeloupe et Réunion*

Ces territoires insulaires connaissent les difficultés précédemment décrites. Pour autant, ils répondent aux besoins d'une population dont les spécificités sont compatibles avec un financement en T2A sous réserve de plusieurs adaptations, dont notamment une révision du coefficient géographique recentré sur les surcoûts objectivables (qui pourrait être calculé par l'INSEE) et entendu aux quelques recettes actuellement non couvertes. Enfin, pour tenir compte des aides en trésorerie accordées de façon récurrente il serait créé un « accompagnement contractualisé » sur objectifs et dégressif, permettant progressivement de sortir de ce système d'aides et de ramener ces établissements aux standards attendus de tout établissement de santé, tout en intégrant les spécificités ultra-marines. Cet accompagnement serait calculé annuellement par établissement en fonction de leur situation initiale objectivée, d'objectifs co-arrêtés et ferait l'objet d'une contractualisation avec les ARS. Par ailleurs, certaines activités coûteuses qui ne peuvent pas s'équilibrer par le paiement à l'activité compte tenu de l'exiguïté de certains territoires auraient aussi vocation à être financées à travers des MIG.

- *Le modèle proposé pour Mayotte et Guyane*

Ces deux territoires connaissent des évolutions assez similaires : une évolution démographique importante, des populations souvent précaires et un état de santé des populations dégradé. Par ailleurs, les structures hospitalières sont faiblement outillées pour piloter un financement T2A (forces administratives, système d'information, tensions sur les personnels soignants...)

C'est la raison pour laquelle il est proposé de financer ces territoires par une ~~en~~ dotation populationnelle à partir du constaté des dépenses de l'année précédente, qui évoluerait selon des indicateurs simples et robustes, notamment les évolutions démographiques et sociales de la population et l'activité réalisée (10 au maximum).

Outre cette adaptation aux besoins de la population des différents DOM, le modèle présente aussi l'avantage d'une mise en cohérence des différents modes de financement des établissements publics d'une part et entre public et privé d'autre part.

Pour accompagner cette réforme du financement, il semble indispensable qu'une gouvernance renouvelée de ces établissements soit mise en place.

A cette fin, il est proposé de créer un vivier pour leurs équipes dirigeantes : nommées dans un établissement pour une durée de 3 à 5 ans, idéalement reconduite sur d'autres DOM afin de potentialiser les acquis, avec une sortie du vivier préparée en amont et une animation nationale afin de mutualiser les expériences et les coopérations.

De la même façon, concernant les équipes médicales il pourrait être envisagé une mobilité outremer de

praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires avec garantie de réaffectation si souhaitée, des recrutements en temps partagé avec la métropole ou encore des semestres d'interne et d'assistants chefs de clinique insérés dans un cursus métropolitain. Le renforcement des projets de recherche en DOM, coopératifs entre DOM et avec l'international renforcerait l'attractivité de ces postes.

2.3 L'outil commun à l'ensemble de l'offre de soins : les nomenclatures

Les nomenclatures resteront au cœur du système de santé. Leur qualité est essentielle à une amélioration de la pertinence des prises en charges.

Les nomenclatures sont des gammes d'activité. Le degré de précision de celles-ci représente un dilemme classique de tout système de gamme :

- soit la nomenclature est très précise et elle multiplie les tarifs et les risques de « surcodage ». Elle est, aussi, dans ce cas, difficile à maintenir ;
- soit la nomenclature est plus sommaire et son maintien plus aisé mais sa capacité descriptive peut être réduite.

Figure 5 : les nomenclatures du système de santé

nomenclature	Montant distribué	Organisme gestionnaire
CCAM	9,4 milliards (2017 hors hôpital)	CNAMTS
NGAP	15 milliards (2017 hors hôpital)	CNAMTS
GHS	47 milliards (2017)	ATIH
NABM	3 milliards (2017)	CNAMTS
RIHN	245 millions (2017)	DGOS
IDEL	5 milliards (2017)	CNAMTS
Estimation consultations hospitalières	4 milliards (2017)	
Total	83,6 Milliards	

L'ensemble des nomenclatures « redistribuent » environ 84 milliards d'euros, soit 42 % de la dépense de santé nationale et 50 % de la dépense à la charge de l'assurance maladie. Le nombre d'actes et de GHS existant en France apparaît élevé comparativement à ce qui existe dans certains pays. Par exemple, en Australie, l'équivalent de la CCAM comprendra environ 5200 actes (5700 avant la révision actuelle) contre plus de 8000 en France.

Le maintien à jour des nomenclatures est un enjeu dans tous les systèmes de santé développés. Ce maintien actif est indispensable sous peine de voir apparaître de nombreux effets pervers, notamment :

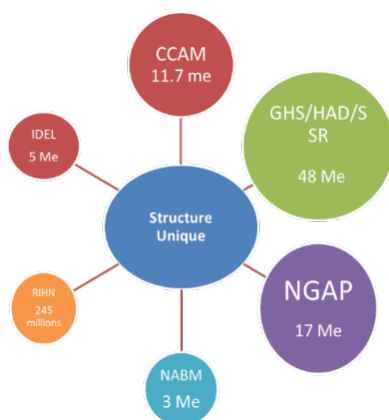
- Développement insuffisant de prise en charge nouvelle dû à une inscription insuffisante ou retardée des nouvelles techniques ;
- Maintien d'activité ne correspondant plus à l'état de l'art suite à une révision insuffisante des nomenclatures et des conditions médicales de prise en charge ;
- Création de rentes économiques pour certaines professions ou certaines activités sans rapport avec l'utilité collective des actes réalisés ;
- Orientations des choix d'activité des établissements ou des professionnels de santé, choix de spécialités pour certains étudiants contraires aux besoins de santé publique et à la demande des patients ;

Aujourd'hui, les principales nomenclatures (CCAM et GHS notamment) créent à l'évidence de tels effets que leur révision est devenue indispensable. Ces révisions doivent permettre, dans le même temps, d'inclure les préoccupations de pertinence et de qualité (actes préalables à la réalisation d'un autre ou tarif incluant la ré-hospitalisation par exemple).

Concernant la nomenclature hospitalière, il conviendra de mettre à jour les GHS médicaux, chirurgicaux et interventionnels dans l'objectif de simplifier le codage à l'hôpital en utilisant autant que possibles les données déjà disponibles au sein du système de santé. Par ailleurs, l'échelle nationale de coût devra, elle aussi, évoluer afin que celle-ci soit à la fois plus précise dans ses résultats et plus économe en moyens. L'échelle nationale de coûts devra plus s'appuyer sur les protocoles de prise en charge dont la valorisation sera assurée par des unités d'œuvre issues d'une base beaucoup plus large d'établissements.

Concernant les nomenclatures médicales et paramédicales, la révision devra s'opérer dans un délai de trois à quatre ans avec un format méthodologique permettant d'en faire un processus continu. Elle devra associer à parité professionnels libéraux et hospitaliers et distinguer clairement la rehiérarchisation médicale et technique des actes, de leur tarification qui dépend des négociations conventionnelles. Elle pourra aussi s'appuyer sur des benchmarks internationaux pour l'intégration et la suppression des actes. Il apparaît aussi important d'encadrer précisément les délais dévolus à l'ensemble des parties prenantes pour tenir le calendrier de révision. Cette accélération du processus permettra de répondre à un engagement du Ministère de la santé vis-à-vis du CSIS (mesure AM12) pour les produits de santé.

La révision de la NABM s'impose, notamment, comme un chantier majeur pour une raison majeure :



l'automatisation des process de production a rendu obsolète le mode de financement de cette spécialité à l'unité (lettre clé) produite. Enfin, la nomenclature pourrait être utilement simplifiée avec la création de forfaits d'actes. La révision de la NABM devra être engagée sur des bases proches de celles proposées pour la CCAM avec une part plus importante d'économistes dans les instances de hiérarchisation.

Cette révision devra mieux intégrer la gestion de la complexité et éviter l'écueil de la sur-complexité. Pour les nomenclatures pour lesquelles la comparaison a été réalisable, les nomenclatures

médicale et hospitalière, il apparaît que le nombre d'actes ou de GHS différents sont parmi les plus élevés du monde. Des regroupements apparaissent donc souhaitables pour éviter les écueils décrits ci-dessous.

L'objectif global de la révision ne doit pas être de modifier, mécaniquement, les montants financiers dévolus ni à la baisse ni à la hausse mais à répartir ceux-ci différemment afin de mieux financer les actes innovants et les actes les plus utiles aux patients.

Enfin, la NGAP devra elle aussi faire l'objet d'une révision.

Par ailleurs, il existe des liens directs et indirects entre les différentes nomenclatures, ce qui doit inciter à les faire évoluer conjointement. Qui plus est, les enjeux économiques et de qualité portés par les nomenclatures requièrent des équipes suffisantes pour apporter toutes les garanties méthodologiques aux professionnels et établissements de soins.

C'est la raison pour laquelle la task force considère que les professionnels de ville et de l'hôpital doivent participer conjointement au travail sur la révision de la nomenclature.

La task force considère aussi que la révision et le maintien des nomenclatures nécessite, t une révision des processus actuels pour permettre tant pour la révision de traiter l'intégralité des nomenclatures dans un nombre limité d'années que pour favoriser une intégration plus rapide des innovations et un abandon plus rapide des techniques dépassées.

Cette évolution des processus doit s'accompagner probablement d'un renforcement des ressources consacrées à l'actualisation des nomenclatures en prenant en compte le fait que les compétences médicales et paramédicales doivent avoir un rôle prépondérant. L'organisation du processus de révision des nomenclatures nécessite également de définir son cadre opérationnel.

2-4 Produits de santé

La part significative des dépenses d'assurance maladie représentée par les produits de santé (près de 20% de l'ONDAM) doit inviter à réinterroger régulièrement notre modèle de prise en charge pour s'assurer que notre système de prix est cohérent avec tant la valeur des innovations que l'évolution de la vie de produits. Sur ce dernier point, la comparaison avec d'autres secteurs économiques dans lesquels les produits d'innovation sont nombreux peut apporter un appui à la régulation des prix en prenant bien évidemment en compte les spécificités du développement des produits pharmaceutiques.

Comme pour l'ensemble des prestations de santé, la taskforce considère que le paiement combiné doit concerner aussi les produits de santé. Les questions de la pertinence et de la qualité doivent notamment être traitées, en prenant en compte les spécificités de ce type de prestation, notamment l'incertitude de la valeur de certaines innovations en vie réelle et le fait que ces produits ne sont remboursés que sur prescription.

Concernant, la pertinence, si le bénéfice clinique de nombreux produits de santé est important, plusieurs éléments indiquent que des évolutions importantes doivent être poursuivies :

- le recours aux médicaments génériques et biosimilaires en France (de l'ordre de 35 %) demeure très inférieur à celui observé dans d'autres pays européens comparables (plus de 80% d'utilisation en Allemagne et au Royaume-Uni par exemple) ;

- les exemples de prescription jugée non pertinente de ces produits sont nombreux. Certaines évolutions positives ont été observées ces dernières années, comme le montrent les données du Panorama de l'OCDE. Néanmoins, des marges de transformation subsistent : la France reste par exemple parmi les trois plus gros consommateurs d'antibiotiques ; le recours à certains psychotropes est très élevé dans notre pays au second niveau européen et quatre fois supérieur aux consommations observées en Allemagne et au Royaume-Uni avec des risques inhérents tels que les chutes pour les personnes âgées ;
- La question du bon suivi des traitements est aussi clef. L'efficacité de nombreux traitements est liée à la mise en œuvre des recommandations médicales, tant en termes de posologie que de suivi quotidien. Une amélioration du suivi des patients ayant une pathologie chronique doit permettre un meilleur suivi des traitements tant cliniques qu'en termes de produits.

Dans ce contexte, de nouveaux outils doivent être mobilisés pour permettre d'assurer, à moyen terme, de conserver une prise en charge rapide des vraies innovations, tout permettant la pérennité de notre système de prise en charge.

Développer le paiement à la qualité et la pertinence

Pour certains produits, des contrats de performance sont signés entre le CEPS et les entreprises pour conditionner la rémunération des entreprises en fonction de la valeur apporté par un produit, notamment ses conditions d'utilisation. Ce type de contrat pourrait être développé pour toutes les innovations majeures et le plus possible, quand cela est pertinent, conditionné au résultat clinique des produits de santé. Comme pour le paiement à la qualité des autres composantes du système de santé cela nécessite le développement d'outils pour récupérer les données issues de l'usage en vie réelle.

Élargir l'utilisation des indicateurs de prescription

La rémunération sur objectif de santé publique issue de la convention 2016 intègre un objectif de prescription synthétique dans le répertoire. Un tel objectif synthétique devrait être adapté aux autres spécialistes et aux établissements en intégrant dans les cas pertinents la question des biosimilaires. Ainsi, chaque acteur (médecin généraliste, spécialiste, établissement de santé) pourrait disposer de manière régulière de son taux de prescription au sein du répertoire des médicaments génériques et des médicaments biosimilaires, ajusté en fonction des caractéristiques de sa patientèle. L'ajustement de ce taux permettrait ainsi de prendre en compte les différences entre les pathologies, les traitements disponibles, et les référentiels de prescription selon les spécialités.

Pour certains établissements ou professionnels, des indicateurs plus poussés de pertinence des prescriptions des produits de santé, prenant éventuellement en compte l'ensemble des catégories de produits, pourraient faire l'objet d'expérimentations, dans le cadre prévu par l'article 51 ou être généralisé lors de la mise en place des formes de rémunération à la qualité.

Dans tous les cas, il conviendra surtout de pouvoir fournir à chaque praticien une information de qualité sur les moyens d'améliorer concrètement sa prescription.

Faire évoluer la prise en charge des médicaments onéreux dans les établissements de santé

Le dispositif de prise en charge des médicaments en établissement de santé est marqué par certaines limites structurelles, notamment la gestion de deux listes distinctes (selon que le produit est pris en charge en sus ou non). La coexistence de ces listes rigidifie le système de prise en charge, et pose immanquablement la question des produits qui se situent à la « frontière » (notamment selon

l'ASMR du produit et ses comparateurs). Le mécanisme peut également induire des comportements différenciés des acteurs qui n'ont que peu de contrainte au recours à des produits de la liste en sus (payés à l'euro-l'euro), alors qu'en même temps, il existe une attention importante portée au sein de chaque établissement aux dépenses de produits inclus dans les tarifs hospitaliers.

Il est nécessaire de faire évoluer les modalités de prise en charge de ces produits onéreux, dans le double objectif d'un plus large accès à la prise en charge en sus de produits onéreux, et celui d'une plus forte implication des acteurs, en faveur de l'efficacité et de la pertinence pour ces médicaments, comme cela est déjà le cas pour les médicaments financés à travers les tarifs. Il serait dès lors souhaitable de revoir les critères d'admission sur la liste en sus et les modalités de financement de la liste en sus pour éviter la rupture de financement existant actuellement entre les produits hors listes en sus et les produits sur la liste en sus.

Ce double objectif pourrait trouver, dès l'année 2019, une première traduction concrète dans une expérimentation au titre de l'article 51. Cette expérimentation permettrait de tester une des pistes possibles d'évolution de la prise en charge des produits onéreux auprès de quelques établissements volontaires.

En fonction des résultats et des éventuels difficultés rencontrées, un dispositif général pourrait être établi pour 2020 ou 2021.

3 - Régulation des dépenses de santé

Le mode de régulation actuel permet de garantir le respect annuel de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) depuis 2010 notamment par le biais de mises en réserves nationales, mais il n'est pas équitable entre secteurs et ne permet pas d'agir sur les déterminants de l'accroissement des volumes. De surcroît, le manque de visibilité pluriannuelle nuit au pilotage de l'activité.

La combinaison d'autres modes de paiement alternatifs au paiement à l'acte et à l'activité permettra progressivement d'introduire des comportements différents en matière d'activité, en encourageant les acteurs à éviter les actes inutiles et en recentrant la régulation sur le volume pertinent.

Par ailleurs, la recherche d'une plus grande pertinence des soins paraît indispensable.

3-1 La recherche de la pertinence, un élément indispensable pour assurer la qualité des prises en charge et redonner des marges au système de santé

Une part significative des actes et prestations de soins réalisés dans le système de santé apparaissent peu ou non pertinents. Or, ces activités consomment des ressources : temps des professionnels, coûts des produits et des matériels... Leurs résultats sont soit nuls pour le patient, soit négatifs quand il y a des effets secondaires, comme par exemple dans le cas d'une prescription de médicaments, soit un acte médical invasif. Il y a par ailleurs des actes ou des prescriptions qui ne sont pas pratiqués à des patients qui en auraient besoin, conduisant souvent à une perte de chance.

C'est pourquoi, l'amélioration de la pertinence des soins doit être une priorité pour l'ensemble des professionnels et structures de santé. Certains pays ont mis en place des dispositifs de financement pour accélérer cette amélioration, comme des objectifs de développement limitatifs de certaines activités, des pénalisations quand certains actes sont trop réalisés, ou des rémunérations spécifiques liées à des objectifs plus ou moins globaux de dépenses.

la mise en place de tels dispositifs dans le système de financement paraît complexe à court terme. Il serait souhaitable de privilégier plutôt une politique orientée sur deux axes :

- la mise en place de la rémunération combinée, présentée ci-dessus qui devrait avoir un impact sur la pertinence des soins dans la prise en charge notamment des patients atteints de pathologies chroniques ;
- la généralisation des dispositifs et démarches existant actuellement pour favoriser la pertinence.

De nombreuses démarches sont engagées pour améliorer la pertinence des prises en charge. On peut citer notamment la promotion et la diffusion des programmes d'amélioration de la pertinence des soins en lien avec les conseils nationaux professionnels portée par le chantier qualité et pertinence de Ma Santé 2022, la mise en place dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 d'un programme d'amélioration de la pertinence pour les établissements et les professionnels y exerçant, ayant des écarts significatifs à la moyenne régionale ou nationale pour une activité comparable, ou encore le lien renforcé entre autorisation d'activité de soins et financement.

A terme, la mise en place de financements au parcours permettrait de favoriser la pertinence des prises en charge, en dégageant les acteurs des contraintes d'un financement à l'acte et en les incitant à se concentrer sur les seuls soins utiles dans le cadre d'un parcours donné. Les expériences de paiement au forfait suédoises et hollandaises ont montré la réduction des actes inutiles et une meilleure adaptation des soins aux besoins du patient conduisant à une diminution du coût du parcours de soins.

A plus court terme, les démarches engagées dans les territoires doivent être appuyées et outillées. Il est ainsi proposé de renforcer les outils à disposition des acteurs institutionnels (notamment régionaux) pour faire évoluer les pratiques en donnant aux ARS, OMEDiTs et au réseau de l'assurance maladie davantage d'éléments chiffrés et de leviers d'action pour inciter à la pertinence :

- mise à disposition des ARS et des Observatoires des Médicaments et Dispositifs Médicaux (OMEDiTs) d'éléments quantitatifs et d'objectifs fixés nationalement pour certains actes ;
- définition, en lien avec la Fédération des Spécialités Médicales et les Conseils Nationaux Professionnels de spécialités de thèmes régionaux d'évolution des pratiques "non nécessaires". Dans la démarche "*Choosing wisely*" au Canada, il est demandé aux professionnels médicaux l'abandon de certains actes ou traitements jugés inutiles dans des situations cliniques précises par les sociétés savantes. Le suivi des prescriptions est réalisé dans le système d'information canadien et publié par l'ICIS (Rapport de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé, avril 2017) ;
- mise en place de leviers d'actions supplémentaires au niveau des ARS et des OMEDiTs :
 - pour les territoires présentant des taux supérieurs aux objectifs : permettre aux ARS de contractualiser avec les établissements sur des objectifs en volume en fonction des besoins régionaux identifiés et des écarts à la cible (avec récupération d'indus si dépassement) ;
 - pour les territoires où les recours paraissent très inférieurs aux bonnes pratiques : encourager le renforcement de l'offre ou la structuration du réseau lorsqu'opportun (le cas échéant, à travers un financement d'amorçage via le FIR) ;

- diffusion de comparatifs de dépenses globales par région, par professionnel et par établissement de santé, sur les champs de la biologie, de la radiologie et des produits de santé. Ces comparatifs devront prendre en compte les différences existantes entre les patients traités par ces professionnels et ces établissements, rendant ainsi la comparaison pertinente. L'analyse de ces comparaisons permettra d'identifier certains comportements de prescription particuliers, et pourra également alimenter la révision des nomenclatures de biologie et de radiologie (cf. infra). Ces indicateurs simples pourront également servir de base à l'incitation des professionnels et établissements de santé pour une prescription plus pertinente.

La question de la pertinence des prescriptions notamment des produits de santé devra être intégrée dans ce dispositif.

Une gouvernance nationale unifiée et exhaustive devra permettre d'assurer la cohérence des actions et la mise en place, dans la durée, du pilotage des actions relatives à la pertinence. Par ailleurs, il serait souhaitable de revoir les outils à la disposition des ARS et des échelons locaux de l'assurance maladie afin de rendre plus efficace les actions favorisant la pertinence dont la réussite sera très liée aux actions déconcentrées.

3- 2 Rendre le mode de régulation plus efficace

Il est important de donner une visibilité pluriannuelle aux acteurs sur l'évolution des financements afin que ces derniers puissent réaliser les investissements ou les adaptations nécessaires. Par ailleurs, seule cette visibilité peut conduire les parties prenantes à prendre des risques et à adapter leurs comportements.

La régulation de nombreux autres secteurs d'activité a démontré l'importance de cette visibilité. Connaissant les efforts et les innovations que l'on attend d'elles, les organisations qui produisent des services à forte composante publiques ont pu adapter leurs organisations, leurs procédures et leurs activités.

La question est la même dans le secteur de santé. Si un acte ou une activité paraît surcotée ou si des efforts de productivité sont considérés comme possible dans un domaine, il faut donner une cible à plusieurs années aux organisations et aux individus pour qu'ils puissent réellement transformer leur activité.

Ainsi, la task force considère essentiel de définir une politique pluriannuelle tant en ce qui concerne la révision des éléments de financement que les évolutions tarifaires. Cette politique sera cohérente avec les objectifs pluriannuels de l'ONDAM fixés par le Parlement. Elle détaillera l'évolution des tarifs sur une périodicité de trois à cinq ans par activité ou spécialités ainsi que les parties de la nomenclature qui seront révisées en cohérence.

Concrètement, pour l'hospitalisation, les tarifs seront fixés par arrêté sur une période de 3 à 5 ans. Les tarifs peuvent varier mais leur variation sont inclus dans cet arrêté. Par ailleurs un calendrier de révision pluriannuel des nomenclatures de GHS serait annoncé, avec par exemple, médecine année n, chirurgie année n+1, SSR année n+2... Cela n'empêcherait pas d'introduire dans l'intervalle d'éventuels GHS liés à de nouvelles techniques médicales,

Pour les soins de ville, les conventions pourraient proposer des trajectoires pluriannuelles par exemple par groupe d'actes et fondée, à compter de 2022, après la révision globale de la CCAM, sur un programme de révision des nomenclatures.

Pour les produits de santé, la trajectoire des tarifs sera également déclinée, en reprenant les engagements du Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS).

En l'absence de cette visibilité, les réformes de mode de financement paraissent peu utiles. Cette visibilité pourrait d'ailleurs être renforcée par une extension de l'avis du comité d'alerte à l'ensemble des hypothèses sous-jacentes à l'ONDAM pluriannuel, notamment les hypothèses d'évolution des volumes.

En plus de ce travail sur la pluriannualité, la task force propose une fusion et/ou une redéfinition du périmètre de la plupart des sous objectifs de l'ONDAM. L'absence de fongibilité des enveloppes de l'ONDAM est souvent mise en avant pour expliquer les difficultés de réorganisation. Dans un modèle de tarification combinée, dont certaines modalités peuvent concerner plusieurs secteurs, la décomposition par sous-secteur perd de son sens. Un objectif unique aurait probablement plus de sens. Des analyses spécifiques pourront éclairer régulièrement le Parlement, notamment pour mieux comprendre les facteurs épidémiologiques qui sous-tendent l'évolution des dépenses.

4- Schéma de mise en œuvre

Proposition de méthode

Les propositions ci-dessus constituent une base pour faire évoluer le modèle de financement du système de santé. Pour les mettre en œuvre, un travail de co-construction avec l'ensemble des parties prenantes est nécessaire.

En effet, un modèle de financement ne peut se concevoir sans les objectifs qui sous-tendent la transformation du système de santé ni sans une compréhension fine de l'activité du système de santé et notamment les recommandations médicales et leurs implications. Or, au-delà de la structure de financement, l'ensemble des paramètres peuvent avoir un impact important tant sur l'allocation des moyens que sur les incitations. Les indicateurs de qualité et pertinence, les nomenclatures, un certain nombre de paramètres de tarification doivent donc être issus de ce travail de co-construction.

L'organisation de ce travail devra être concertée et être traduite en un programme de travail. Un suivi global de la réforme de financement devra être réalisé. Il associera des parlementaires et des personnalités dont les compétences liées à ces sujets, qu'elles soient médicales ou autres, sont reconnues.

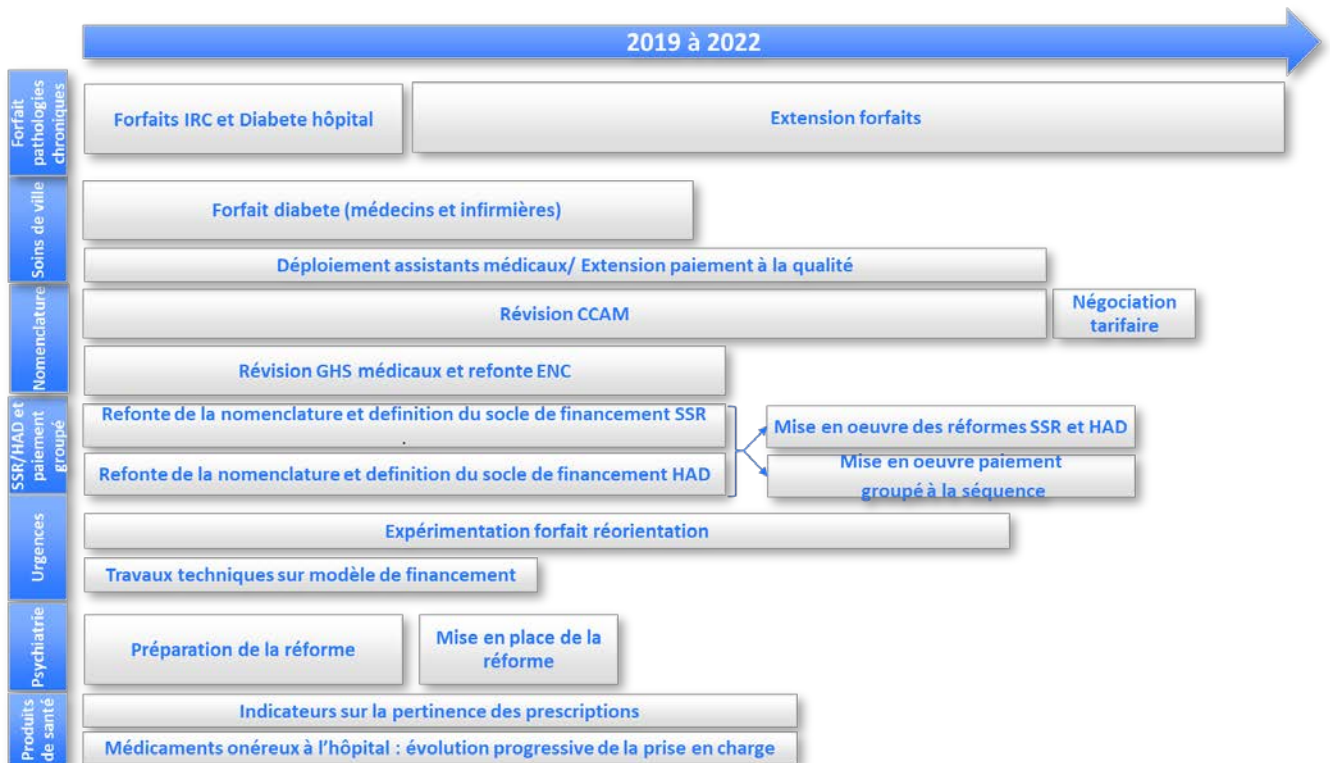
Des groupes de travail techniques regroupant professionnels de santé, patients, et administrations seront mis en place en fonction des besoins pour traiter des principaux sujets. La mixité des compétences et de personnes travaillant dans les différents secteurs apparaît primordiale.

La mise en œuvre finale des tarifications passera par les procédures existantes, comme la campagne tarifaire des établissements de santé ou les négociations conventionnelles pour les soins de ville.

Proposition de Calendrier

Le calendrier de mise en œuvre de la réforme s'étendra sur les 4 années à venir. La task force sur le financement en propose une première version qui comme l'ensemble de ses propositions devront être arbitrés avant le lancement des travaux.

Notre proposition de calendrier est ambitieuse et demandera une vraie mobilisation mais l'ampleur des transformations nécessaires et l'attente est grande.



La feuille de route est ambitieuse mais réaliste. Elle vise à poser les briques essentielles à la modernisation des modes de financement et à permettre le développement à terme d'un paiement coordonné articulé favorisant une prise en charge de qualité des patients d'ici 2022.

La mise en place de nouveaux modes de prise en charge nécessitera l'adaptation parallèle des systèmes d'information de santé. Si la France dispose déjà d'éléments médico-administratifs riches, notamment au sein du Système national des données de santé (SNDS), le suivi de la qualité des prises en charge, qui permettra d'accompagner plus efficacement l'amélioration de notre système de santé, nécessitera cependant de prévoir de nouvelles formes de recueil de cette information, notamment pour les acteurs exerçant en ville. Les exemples étrangers, notamment aux Pays-Bas, montrent qu'un système d'information partagé tourné vers les résultats et la qualité des soins, permettant à chaque professionnel de comparer sa pratique, est un élément primordial pour faire progresser l'ensemble du système. D'une manière générale, un investissement massif dans les

systèmes d'informations intelligents constituerait un atout majeur pour faire progresser notre système.

Il sera important de pouvoir estimer régulièrement les indicateurs, notamment ceux de qualité et de pertinence, nécessaires au financement et de les mettre en disposition plusieurs fois par an aux professionnels pour leur permettre de mieux suivre leurs pratiques.

Annexe

Composition de la task force

Responsable : Jean Marc Aubert –Directeur de la DREES



Jean Marc Aubert, polytechnicien, ENSAE et EHESS a commencé sa carrière à la direction de la prévision du Ministère de l'économie et des finances en 1995. Après un passage au cabinet du ministre de la Santé, au cabinet du secrétaire d'État à l'Assurance maladie et à la CNAM, il a rejoint le secteur privé en 2010. En 2017, Jean-Marc AUBERT a été nommé à la direction de la DREES par le Conseil des Ministres

Membres :



Sandrine Billet, détentrice d'un DESS d'économie et gestion des systèmes de santé, a débuté sa carrière à la CNAM au sein de la direction de la gestion du risque avant de rejoindre la FHP en tant que directrice du pôle économique et financier. Elle intègre ensuite le ministère de la santé au sein de la DGOS où elle a exercé les fonctions de chef du bureau de la synthèse organisationnelle et financière puis d'adjointe à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins



Cyrille Colin est professeur des Universités en Epidémiologie – Economie de la Santé - Prévention à la Faculté Lyon Est – Université LYON I. Médecin de Santé Publique, formé à l'Université de Lyon puis à Boston (Harvard Medical School) et Baltimore (Johns Hopkins University), il est aujourd'hui responsable du Service d'Evaluation Economique en Santé au sein du Pôle de Santé Publique des Hospices Civils de Lyon



Dr. Elisabeth Fery Lemonnier, praticien hospitalier (DEA de statistique, 3e cycle management ESSEC), a exercé dans le service de radiologie de l'hôpital Cochin. Elle a ensuite été responsable du CEDIT, chef de service puis directrice du département des activités médicales de l'AP-HP. Elle a ensuite exercé la fonction de conseillère spéciale pour les affaires médicales auprès de la ministre Madame Bachelot puis conseillère générale des établissements de santé, puis, conseillère médicale à la FHF. Elle a ensuite été chargée de mission auprès du secrétaire général des ministères sociaux, en charge des parcours de santé, puis conseillère médicale et scientifique du directeur général de l'ARS Auvergne Rhône Alpes. Elle travaille également au sein du dispositif « expérimentations article 51 »



Didier Guidoni est directeur d'hôpital. Détenteur d'un DEA de sciences de gestion, il a débuté sa carrière au CHU de Lille avant de rejoindre l'ARH Midi Pyrénées. Après un passage aux Hospices Civils de Lyon, il a été conseiller technique dans les cabinets de Jean Francois Mattei et de Xavier Bertrand de 2002 à 2005. Après 10 ans dans le secteur du conseil, il a été de 2015 à 2018 directeur général adjoint du CHU de Dijon.



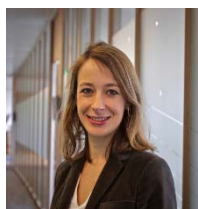
Ingénieur des Mines (2013) et docteur en génétique (2015), **Edouard Hatton** a débuté sa carrière professionnelle au sein de l'industrie avant de rejoindre le ministère de la santé en 2015. Il occupe le poste de chef de bureau des produits de santé à la DSS. Il partage son temps avec la task force



Jacqueline Hubert, directeur d'hôpital, diplômée de l'Ecole des hautes études en santé publique, titulaire d'un master d'Institut d'Études Politiques. Elle a exercé différentes fonctions de directeur adjoint (recherche, finances...) avant d'intégrer la « Mutuelle Harmonie » où elle a assuré la fonction de directeur général des cliniques du groupe dans les Pays de la Loire (ESPIC et SAS). Nommée en 20013 directeur général du CHU de Grenoble, elle a participé à plusieurs missions : mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire, « mission Véran » sur la réforme du financement

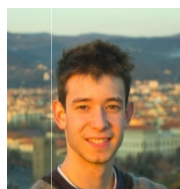


Natacha Lemaire, ENA, ESSEC et maîtrise de sociologie, dirige l'équipe de l'article 51. Elle a plus de 15 ans d'expérience en politique de santé à différents titres, au sein du ministère français de la Santé et de la Caisse nationale de l'assurance-maladie. En particulier, elle a mis en œuvre la réforme des ALD de l'assurance maladie en 2004 et conduit le projet sophia lancé en octobre 2008 qui a été étendu à l'ensemble du pays pour les patients diabétiques en 2012, avec plus de 600 000 bénéficiaires aujourd'hui.



Diplômée d'HEC en 2007, **Clémence Marty-Chastan** a été consultante au Boston Consulting Group avant de rejoindre les ministères de la culture puis de l'économie et des finances. Elle intègre l'ENA en 2014 (promotion Winston Churchill) et sort à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Elle y réalise de nombreuses missions en particulier dans le domaine de la santé.

Appui statistique DREES



Après une formation en mathématiques appliquées à l'Ecole Polytechnique, **Matthieu Doutreligne** s'est spécialisé en apprentissage statistique à l'ENSAE et en intelligence artificielle au master MVA de l'Ecole Normale Supérieure de Paris Saclay. Il a aidé au développement et à la mise en production d'un algorithme d'anonymisation de comptes-rendus médicaux à l'APHP avant d'intégrer la DREES comme data-scientist. Il travaille actuellement sur les parcours de soin dans le SNDS



Formée à l'ENSAE en économie et sociologie quantitatives, **Claire-Lise Dubost** est administratrice de l'Insee. Actuellement en poste à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère des Solidarités et de la Santé, elle exploite les données du Système National des Données de Santé pour mieux comprendre les inégalités sociales et territoriales de santé

Composition du Conseil Scientifique

- L M Dominique Bureau
- L M Dr Roland Cash
- L Mme Pr Brigitte Dormont
- L M Jean de Kervasdoué
- L Mme Pr Laurence Kessler
- L Mme Pr Claire Lejeunne
- L M Pr Claude Le Pen
- L M Etienne Minvielle
- L M Julien Mousques
- L M Gérard Raymond
- L Mme Pr Lise Rochaix
- L M Pr Guy Vallencien
- L Mme Dr Dominique Weil

Liste des concertations :

Les consultations et concertations ont été menées en plusieurs phase : en avril dans le cadre du lancement des 5 chantiers de la STSS (carrousels des 12 et 17 avril 2018). La Task- Force a poursuivi les consultations et rencontres bilatérales entre mai et septembre, puis une dernière phase en fin d'année 2018

FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
UNICANCER	Fédération Française des Centres de Lutte contre le cancer
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
FFMPS	Fédération nationale des maisons et des pôles de santé
FSP	Fédération des soins primaires
SNAM-HP	Syndicat National Des Médecins, Chirurgiens, Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens des Hôpitaux Publics
INPH	Intersyndicat National Des Praticiens Hospitaliers
CPH	Confédération Des Praticiens Des Hôpitaux
CMH	Coordination Médicale Hospitalière
AH	Avenir hospitalier

Conférence des DG CH	Conférence Nationale Des Directeurs De Centre Hospitalier
Conférence des PCMECH	Conférence Nationale Des Présidents De Commissions Médicales d'Établissements de Centres Hospitaliers.
Conférence des DG CHU	Conférence Nationale Des Directeurs de CHU
Conférence des PCMECHU	Conférence Nationale Des Présidents De Commissions Médicales d'Établissements de CHU
ADESM	Association Des Etablissements Du Service Public De Santé Mentale
Conférence des présidents de CME - CHS	Conférence Des Présidents De Commission Médicale D'Etablissement de Centres Hospitaliers Spécialisés en Psychiatrie
APHP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
CSMF	Confédération Des Syndicats Médicaux Français
MG France	Fédération française des médecins généralistes
FMF	Fédération des Médecins de France
SML	Syndicat des médecins libéraux
Le Bloc	UCDF et Syngof
SOS médecins	
CN URPS	Commission nationale des unions régionales des professionnels de santé
FO Santé	Force ouvrière services publics de santé
CGT santé sociaux	Confédération générale du travail Santé Sociaux
CFDT santé sociaux	Confédération française démocratique du travail Santé Sociaux
SUD santé sociaux	Union syndicale solidaire santé sociaux
UNSA Santé sociaux	Union nationale des syndicats autonomes santé et sociaux
Syncass CFDT	Syndicat des cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés CFDT
SMPS	Syndicat des managers publics de santé
FSPF	Fédération des syndicats pharmaceutiques de France
USPO	Union des syndicats de pharmaciens d'officine
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ ou handicapées psychiques
UNSMKL	Union Nationale des Syndicats de Masseurs Kinésithérapeutes Libéraux
UNSSF	Union Nationale des Syndicats des Sages-Femmes
FFMKR	Fédération Française des masseurs Kinésithérapeutes
SNMKR	Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs
FNI	Fédération nationale des infirmiers
SNIIIL	Syndicat National des infirmières et infirmiers libéraux
Convergence infirmières	
FAGE	Fédération des associations générales étudiantes

ANESF	Association nationale des étudiants sages-femmes
FNEK	Fédération Nationale des Etudiants en kinésithérapie
FNESI	Fédération Nationale des Etudiants en soins infirmiers
ANEPF	Fédération Nationale des Etudiants en Pharmacie de France
ANEMF	Association Nationale des étudiants en médecine de France
ISNAR	Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes
INSI	InterSyndicat national des internes
ReAGJIR	Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants
CNOM	Conseil National de l'ordre des médecins
CNOSF	Conseil national de l'ordre des Sages-Femmes
ONP	Conseil National de l'Ordre des pharmaciens
ONI	Conseil National de l'Ordre des infirmiers
ONCD	Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
CNOMK	Conseil National des masseurs-kinésithérapeutes
Alliance du cœur	Union nationale des fédérations et associations de malades cardiovasculaires
France Asso santé	Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé
CNAO	Collectif national des associations d'obèses
FFD	Fédération française des diabétiques
Renaloo	Association de patients sur les maladies rénales, l'insuffisance rénale, la dialyse, la greffe.
France Rein	Association de patients concernés par une maladie rénale chronique.
SFNDT	Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation
FDR	Fondation du Rein
SFD	Société francophone du diabète
CEEDMM	Collège des enseignants en endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques
FFAAIR	Fédération française des associations et amicales de malades, insuffisants ou handicapés respiratoires
SNIITEM	Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales
LEEM	Les entreprises du médicament
FEDEPSAD	Fédération des Prestataires de Santé à domicile
Ministères / Institutions nationales	DGOS, DSS, DGS, DGCS et ATIH
	CNAM
	Haute Autorité de santé
	Service de santé des armées
	Ministère de l'Outre-Mer
ARS	Auvergne- Rhône-Alpes, Bourgogne Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Guadeloupe Guyane, Martinique Nouvelle Aquitaine, Provence Alpes Côte d'Azur, Réunion.

Parlementaires	
----------------	--

