

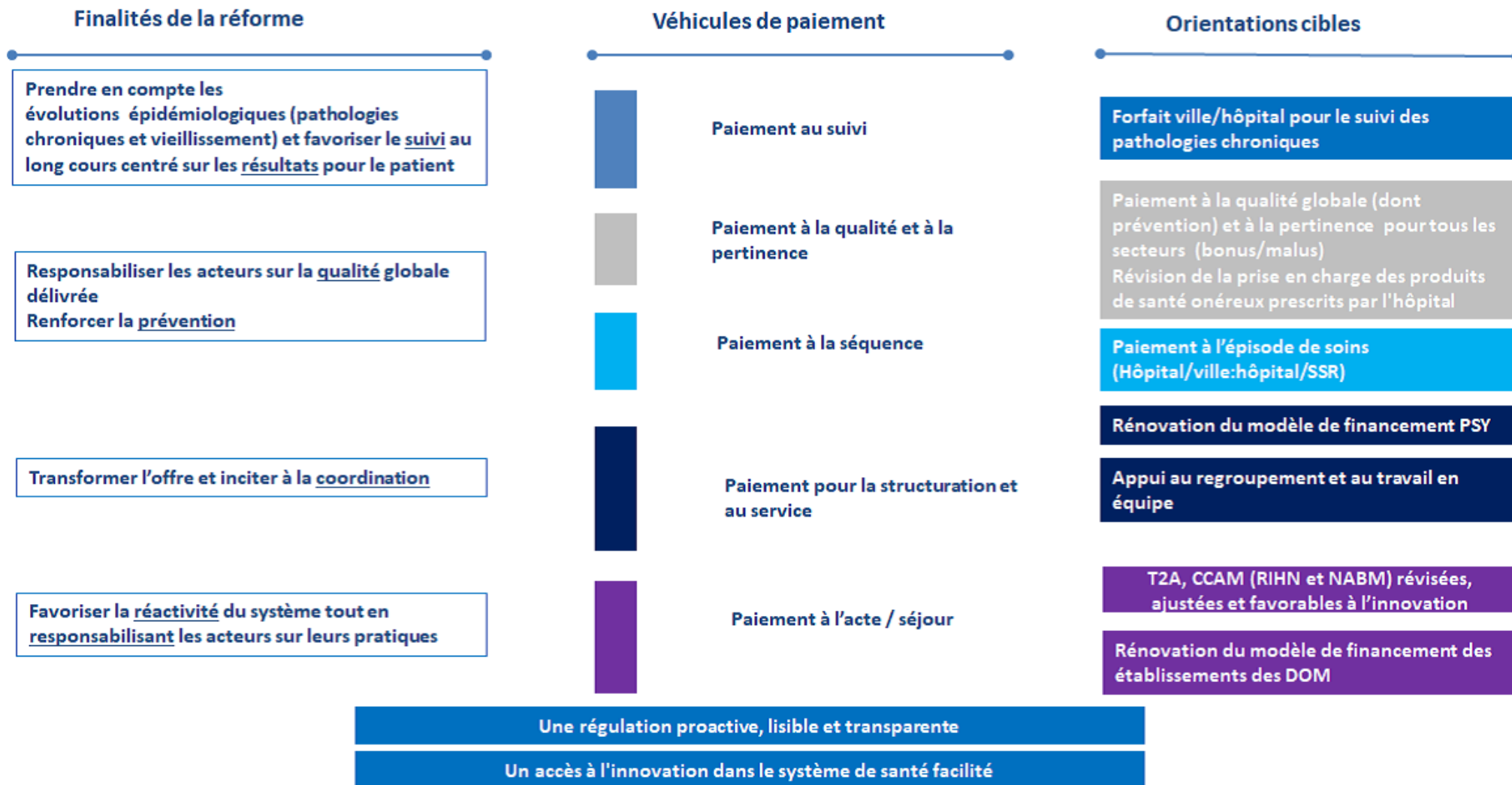
RAPPORT AUBERT

Taskforce « réforme du financement du système de santé »

Synthèse des propositions concernant les établissements de santé

[Lien vers l'enquête « La ministre sollicite votre avis ! »](#)

Des objectifs de la réforme aux outils utilisés



Modalités de financement envisagées

□ Un paiement

- à la **qualité et à la pertinence** pour améliorer les résultats de notre système de santé
- **au suivi** pour favoriser le suivi au long cours des pathologies chroniques
- groupé à la séquence de soins pour inciter à une **meilleure coordination des acteurs**
- à l'acte et à l'activité qui doit évoluer

□ Un soutien aux investissements hospitaliers et à la structuration des soins de ville

□ Des **financements à la population** pour des activités ou des territoires spécifiques : psy, SSR, HAD, urgences, DOM

Paiement à la **qualité** et à la pertinence

- ❑ Faire de la qualité un mode de financement à part entière
 - Élargissement de l'impact financier du modèle IFAQ
 - Simplification de sa mise en œuvre (limitation du nombre d'indicateurs)
 - Système de « malus » dès 2020 pour les établissements ne remplissant pas les critères minimaux
 - Cible : 2 à 3% des recettes AM des établissements de santé en 2022

 - ❑ Meilleure efficacité de la prise en charge
 - Contrepoids à la rémunération à l'acte pour éviter que les gains ne se fassent au détriment de la qualité de la prise en charge
- ⇒ **nécessité de concevoir des indicateurs de qualité fiables et concrets pour les professionnels**

Paielement au suivi

- ❑ Mise en place d'un paiement global (forfait) pour la prise en charge d'un patient avec versement annuel, trimestriel ou mensuel
- ❑ Le montant du est forfait différent selon la « criticité » du patient (nombre de niveaux à limiter)
- ❑ Le forfait peut concerner plusieurs professionnels mais paiement à chacun
- ❑ Modalité envisagée pour les maladies chroniques type diabète, BPCO, IRC... avec expérimentation dès 2019 sur le diabète et l'IRC à l'hôpital (création de 2 forfaits) et le diabète en ville dans le cadre de l'art. 51
- ❑ Mise en œuvre simple avec un seul payeur : ALD = 100% AM
 - ⇒ objectif : inciter à une PEC pluri-professionnelle cherchant à améliorer les résultats pour le patient

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.



Extrait du rapport Aubert / p.11



Quels sont les groupements d'acteurs ?

Quel avancement de l'expérimentation ?

Quels liens avec les indicateurs RSO ?

Que proposer ?

Paielement à la séquence

- ❑ Instaurer un paiement forfaitaire groupé pour un « épisode de soins » donné (chirurgie)
 - Prise en compte des phases amont et aval de l'hospitalisation (ville-hôpital-ville/ssr)
 - Détermination du montant sur la base du coût moyen de la PEC la mieux adaptée (selon bonnes pratiques, avis d'expert)
 - Durée de la PEC couverte par le forfait, bornée dans le temps et prédéfinie selon le type d'intervention
 - Modulation du forfait en fonction du « risque » du patient pour éviter la sélection
 - ❑ Expérimentations dès 2019
 - Dans le cadre de l'article 51 : PTH, PTG et colectomie pour cancer colique
 - Co-construction du projet en cours avec 25 établissements et leurs partenaires
- ⇒ inciter dans un premier temps à la structuration de la filière de soins entre MCO & SSR et MCO & HAD

Païement à l'acte / séjour

- ❑ Constat => pour favoriser la pertinence des PEC :
 - La description des actes et activités doit correspondre en permanence à l'état de l'art médical
 - Le tarif doit être cohérent avec les coûts supportés (éviter aussi bien la sous-cotation que la sur-cotation)
- ❑ Nécessité de réviser **toutes** les nomenclatures et d'avoir un système plus réactif pour leur mise à jour
- ❑ Revoir les bases des tarifs des GHM : ce qui devrait être et non ce qui a été
- ❑ Inciter au développement de la prise en charge courte :
 - Lever des freins à la chirurgie ambulatoire en supprimant certaines bornes basses
 - Supprimer la référence à la DMS dans certains GHM...

Dotation populationnelle

- ❑ Mode de financement adapté à certaines activités spécifiques ou à des territoires identifiés (DOM)
- ❑ Basé sur des **données épidémiologiques et démographiques**
- ❑ Activités :
 - Psychiatrie : harmoniser le financement public/privé ; inciter au développement de l'ambulatoire ; gommer les inégalités entre les régions (PdL : 116€/an/hab. vs. Bretagne : 156€/an/hab.) ; **tenir compte des caractéristiques des populations** prises en charge (pédiatrie notamment)
 - Urgences : consolider la partie forfaitaire du financement via une dotation socle et maintenir une part liée à l'activité
 - SSR & HAD : mise en place d'une dotation socle et d'une part variable à l'activité

Païement pour la structuration et le service

- ❑ Structuration des soins de ville autour de la création de 1 000 CPTS et de 2 000 structures d'exercices => aides financières à la structuration et soutien à l'investissement **notamment sur le numérique**
- ❑ Soutien financier aux hôpitaux de proximité pour leur permettre de renforcer leurs liens avec la médecine de ville
- ❑ Soutien à l'investissement hospitalier
 - Poursuite des COPERMO
 - Augmenter la part des subventions consacrées au numérique, à l'IA,...
 - **Responsabiliser les établissements sur les résultats financiers** : découpage des projets en tranches réellement fonctionnelles avec **possibilité d'arrêt du projet à l'issue d'une phase si les résultats financiers se dégradent**

Décomposition des financements pour les établissements de santé

2018

activité : 63%	DAF : 19%	
	MIGAC : 9%	hors GHS : 7%
		forfait : 2%

IFAQ : 50M€
puis 300 M€

2022

activité : 50%	forfait : 15%		population : 12%
	MIGAC : 10%	hors GHS : 7%	séquence : 4%
			qualité : 2%

2à3% : **2 Md €**

Autres mesures / Produits de santé

□ Produits de santé

- Révision des listes hors GHS
- Développement des contrats de performance entre le CEPS et les industriels
- Élargir le recours aux **indicateurs de prescriptions**
- Augmenter le recours aux bio-similaires et aux génériques

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.

Autres mesures

- ❑ Prévoir un ONDAM pluriannuel pour permettre aux acteurs de se projeter
- ❑ Faire évoluer aussi le financement des soins de ville en incluant la dans la réflexion les professionnels paramédicaux (ex. forfait appliqué pour la prise en charge d'une rééducation spécifique par un kiné)

Calendrier proposé

