



MA SANTÉ 2022
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

VERS UN MODÈLE DE PAIEMENT COMBINÉ

Les propositions de la task force ont été formulées après des rencontres avec de nombreuses parties prenantes, des groupes de travail et les différentes institutions concourant à la gestion de notre système de santé. C'est ce travail collectif qui a permis de les formuler.

Le système de santé français présente un fort niveau global de qualité. Il se caractérise cependant par des inégalités de santé élevées au regard des autres pays développés et une espérance de vie en bonne santé en stagnation, symptômes d'un système insuffisamment orienté vers la prévention. En outre, l'augmentation continue du nombre de patients porteurs de pathologies chroniques nécessite une évolution des modes de prises en charge pour mieux répondre aux besoins de suivi au long cours et de coordination de leur prise en charge.

Parmi d'autres leviers, celui du financement est essentiel pour favoriser la transformation du système de santé et permettre de réorienter celui-ci vers les besoins des patients. Les modalités de financement sont en effet un puissant moteur pour permettre l'évolution des comportements et des organisations, via les ressources qu'elles permettent de consacrer à un patient donné et le signal qu'elles adressent aux différents professionnels.

Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement reposant principalement sur une tarification à l'activité favorisant la quantité de soins produits, très variable selon les secteurs de prise en charge. C'est le cas notamment dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers de médecine, chirurgie et obstétrique. Les autres secteurs sont financés par des modèles plus divers reposant sur des enveloppes, dont les niveaux sont souvent largement établis sur des bases historiques, ou sur des prix de journée.

Ces modes de financement assurent globalement la productivité de chaque acteur et sa réactivité par rapport aux besoins immédiats des patients. Ils ne permettent en revanche 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 le partage de l'information. ➔

4 enjeux principaux auxquels la réforme du financement doit donc répondre

- **FAVORISER**, avec la progression continue des maladies chroniques, le suivi au long cours des patients ;
- **ACCROITRE** globalement le niveau de qualité des prises en charge et, en particulier, améliorer la pertinence des soins en réduisant les soins inadéquats ou inutiles ;
- **MAINTENIR** la réactivité du système tout en responsabilisant les acteurs sur leurs pratiques ;
- **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.

Il n'existe pas un modèle de financement unique qui permettrait à lui seul d'inclure l'ensemble des objectifs poursuivis. **Des modalités de paiement combinées peuvent en revanche permettre une réponse plus adaptée à la diversité des besoins des patients et favoriser les nécessaires transformations du système de santé.** Ce type de paiements combinés existent dans de nombreux pays et ont commencé à être établis en France notamment pour le financement des soins réalisés par les médecins généralistes.

Pour introduire plus généralement ces modalités de paiement combinées, il est proposé de mobiliser :

2 méthodes de manière concomitante :

- le droit commun par la modification des règles en vigueur pour tous les acteurs
- l'expérimentation via l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avec les acteurs volontaires

Ces deux méthodes sont complémentaires et doivent permettre d'accélérer la mise en œuvre des réformes : le droit commun peut permettre de poser le cadre et les premiers jalons d'évolutions à court et moyen terme, les modalités les plus complexes ont quant à elles vocation à être testées et proposées par les acteurs eux-mêmes au travers de démarches expérimentales.

Généraliser le paiement combiné à l'ensemble des acteurs a pour objectif d'aligner leurs incitations et de favoriser leur coopération au service des besoins du patient et d'une amélioration des résultats de santé. Si l'objectif global pour les établissements de santé est de parvenir à 50% de financement à l'activité, **les proportions relatives de chacune des modalités de paiement décrites ci-dessous ont toutefois vocation à varier selon les secteurs, afin de prendre en compte leurs spécificités.**

5 modalités de paiement

LE PAIEMENT AU SUIVI

→ peut prendre la forme de forfaits de prise en charge avec un suivi d'indicateurs de qualité pour s'assurer de l'amélioration des résultats. 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 en leur donnant plus de souplesse dans le choix des modalités de prise en charge.

Ce type de paiement est particulièrement adapté aux pathologies chroniques puisqu'il favorise un suivi au long cours, orienté sur les résultats obtenus pour le patient et la prévention des complications.

Pour les établissements de santé, il sera créé dès 2019 un forfait diabète dit "de transformation" et un forfait concernant la maladie rénale chronique en amont de la phase de suppléance, afin de permettre la prise en charge au long cours des patients complexes par une équipe spécialisée. Très rapidement, de tels types de forfaitisation pourront également être mis en place pour la médecine de premier recours par voie conventionnelle. Ainsi, pour le médecin généraliste, un forfait de prise en charge globale des patients diabétiques pourra se substituer aux consultations actuellement réalisées.

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 systématiquement la qualité ressentie par les patients.

La seconde nécessité est que les soins réalisés soient pertinents et donc centrés sur l'intérêt du patient.

Le paiement à la qualité et à la pertinence a ainsi vocation à devenir un compartiment de financement à part entière pour améliorer les résultats du système de santé. Cette modalité de paiement aura progressivement vocation à concerner l'ensemble des structures et des professionnels.

LE PAIEMENT POUR LA STRUCTURATION DU SERVICE

→ doit permettre d'organiser l'offre et de favoriser l'accès aux soins et la réponse aux besoins des populations sur les territoires. On trouve de multiples applications à cette modalité de financement, qui a vocation à faire intervenir le niveau régional pour répondre aux besoins particuliers de chaque territoire (dotation populationnelle pour répondre à la demande de soins psychiatriques ; dotation socle pour des activités structurantes au niveau territorial...).

Ainsi, 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 de psychiatrie, 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 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 sur la qualité et la pertinence de la prise en charge du patient et qu'ils s'accordent sur la meilleure répartition du financement commun.

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. 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 en aval de l'hospitalisation de court séjour.

LE PAIEMENT À L'ACTE ET AU SÉJOUR

→ **demeurera demain une modalité importante du financement.** En effet, celui-ci garantit la réactivité globale du système et demeure la modalité plus adéquate pour les épisodes uniques de soins qui représentent environ 55 % des séjours hospitaliers. **Cette modalité de paiement doit toutefois évoluer pour favoriser plus directement la pertinence et la diffusion de l'innovation dans le système de santé.**

A cette fin, le lancement d'une démarche de révision puis de maintenance active des nomenclatures est proposé, afin que celles-ci soient plus proches de l'état de l'art scientifique et facilitent la diffusion des innovations, soient cohérentes entre les secteurs et n'incitent pas à des recours plus fréquents que nécessaire à certains actes ou techniques. Dès 2019, une première étape d'évolution des modalités de tarification à l'hôpital est proposée pour favoriser des pratiques ambulatoires aujourd'hui pénalisées par l'échelle relative des tarifs. Un processus de révision des nomenclatures médicales et paramédicales sera engagé sur 3 ans, et les processus de maintenance seront revus en parallèle pour une plus grande réactivité. Enfin, de nouvelles méthodes de constitution des nomenclatures hospitalières et de valorisation des séjours pourraient être expérimentées pour remettre la logique médicale et l'intensité des soins au cœur des financements.

Cette transformation devra s'accompagner d'une réforme en profondeur des outils de la régulation afin que celle-ci puisse être plus prospective, plus proactive et plus compréhensible pour les usagers et l'ensemble des acteurs (établissements, professionnels libéraux et agences régionales de santé).

La transformation sera nécessairement progressive et supposera une adaptation forte des systèmes d'information.

La task force recommande que l'ensemble de ces évolutions soient mis en œuvre dans le cadre d'un travail de co-construction avec les patients, les professionnels du secteur de la santé, les parlementaires et l'ensemble des régulateurs.