

Propositions de réforme des modalités de financement du système de santé et application à la maladie rénale chronique

Pr Cyrille Colin

Task Force Réforme du Financement

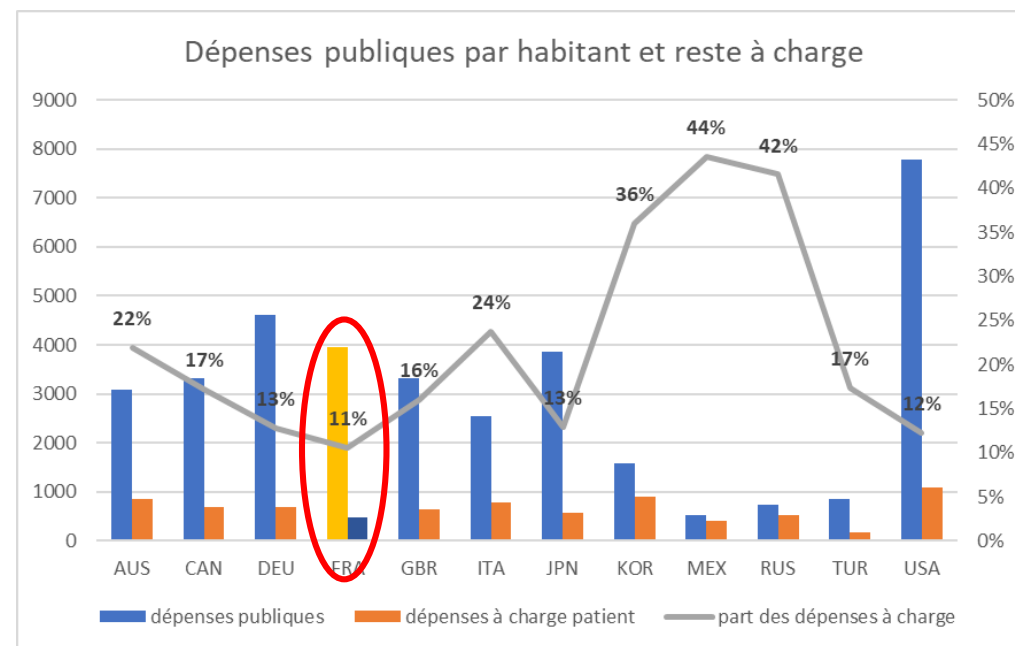
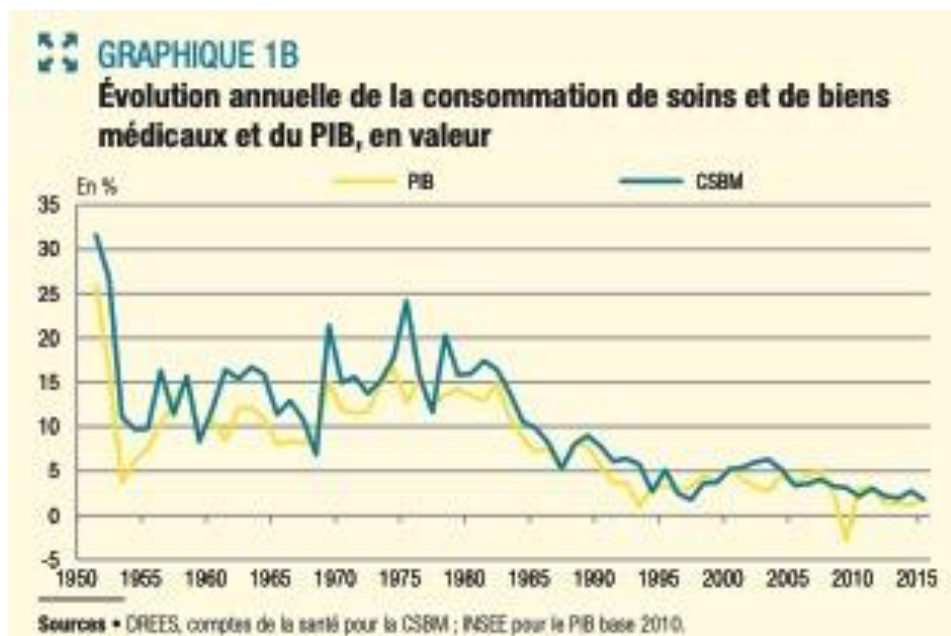


Sommaire

- **1 - Les constats qui expliquent la nécessité de la réforme**
- **2 - La vision cible : les paiements combinés**
- **3 - L'application à la maladie rénale chronique**
- **4 - Calendrier et Méthode**

1- Les constats qui expliquent la nécessité de la réforme

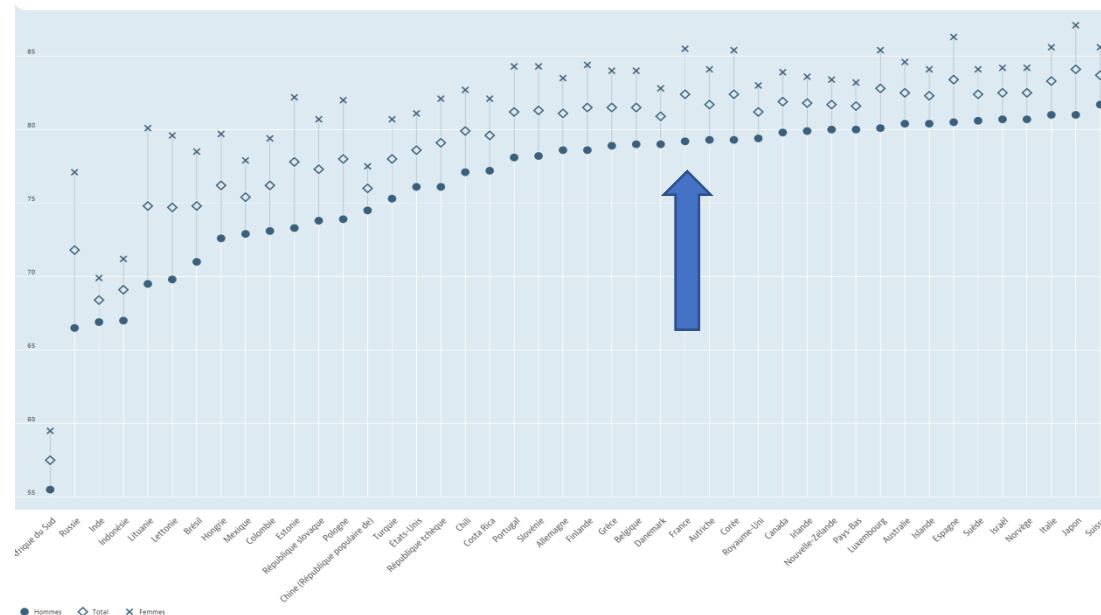
- La France se situe au 3ème rang pour le niveau des dépenses de santé derrière la Suisse et les USA
- Ce niveau de dépenses est très largement socialisé avec un reste à charge de l'ordre de 11%.
- La dynamique des dépenses est supérieure à la progression de la richesse nationale de l'ordre de 2% sur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



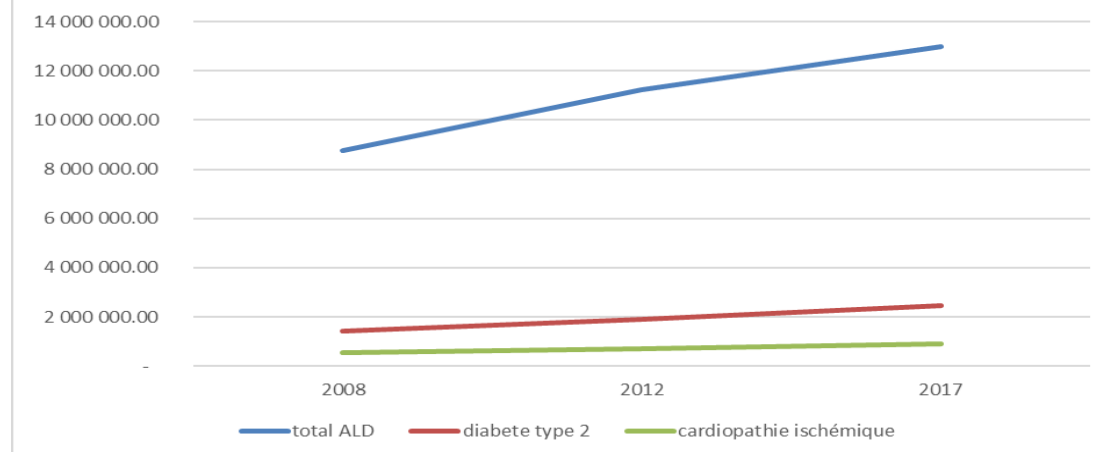
1- Au regard des montants investis, la France obtient des résultats contrastés

- Une espérance de vie qui se situe dans la moyenne des pays développés mais les années de vies gagnées ne sont pas nécessairement des années en bonne santé.
- La mortalité infantile est deux fois plus élevée qu'en Finlande et la mortalité maternelle deux fois plus élevée qu'en Suède ou qu'en Italie
- 9 000 patients diabétiques sont amputés chaque année
- Les patients qui souffrent de pathologies psychiatriques ont une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans.
- La répartition de l'offre du soin, géographique et par catégorie sociale, est à améliorer
- La croissance des pathologies chroniques est une des plus importantes des systèmes de santé développés

Espérance de vie à la naissance



Progression ALD



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

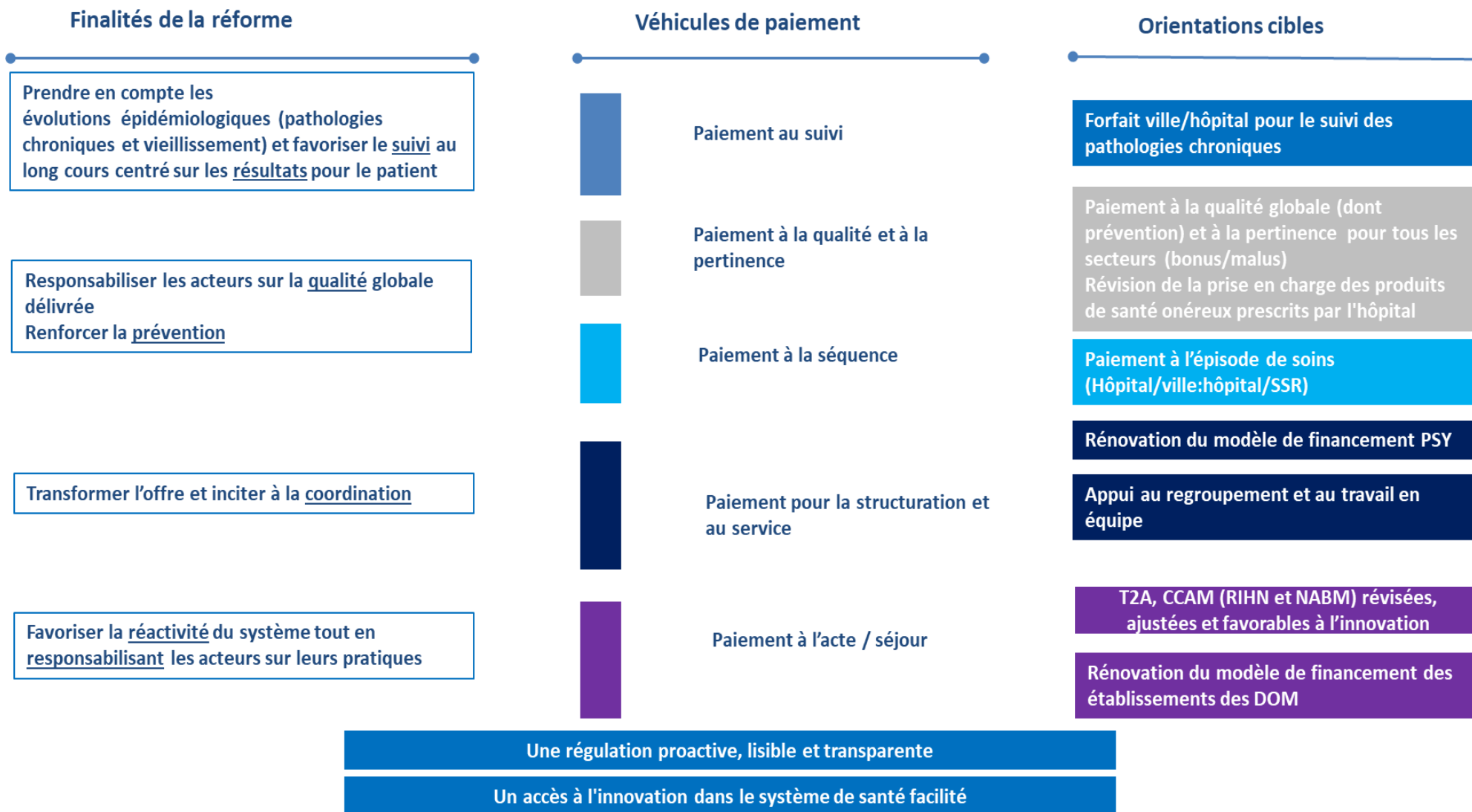
- Un système de santé en « tuyau d'orgue » au sein duquel des modalités de financement différentes cohabitent
- Une prégnance du paiement à l'acte ou à l'activité qui incite plus à la réalisation d'actes techniques et moins aux activités de prévention
- Une qualité des résultats ou du suivi qui n'intervient que très marginalement dans les modalités de financement
- Des nomenclatures complexes et peu évolutives qui adressent des signaux contradictoires aux professionnels
- Un mode de régulation qui permet difficilement aux professionnels et aux établissements de se projeter dans l'avenir





2- La vision cible : des paiements combinés

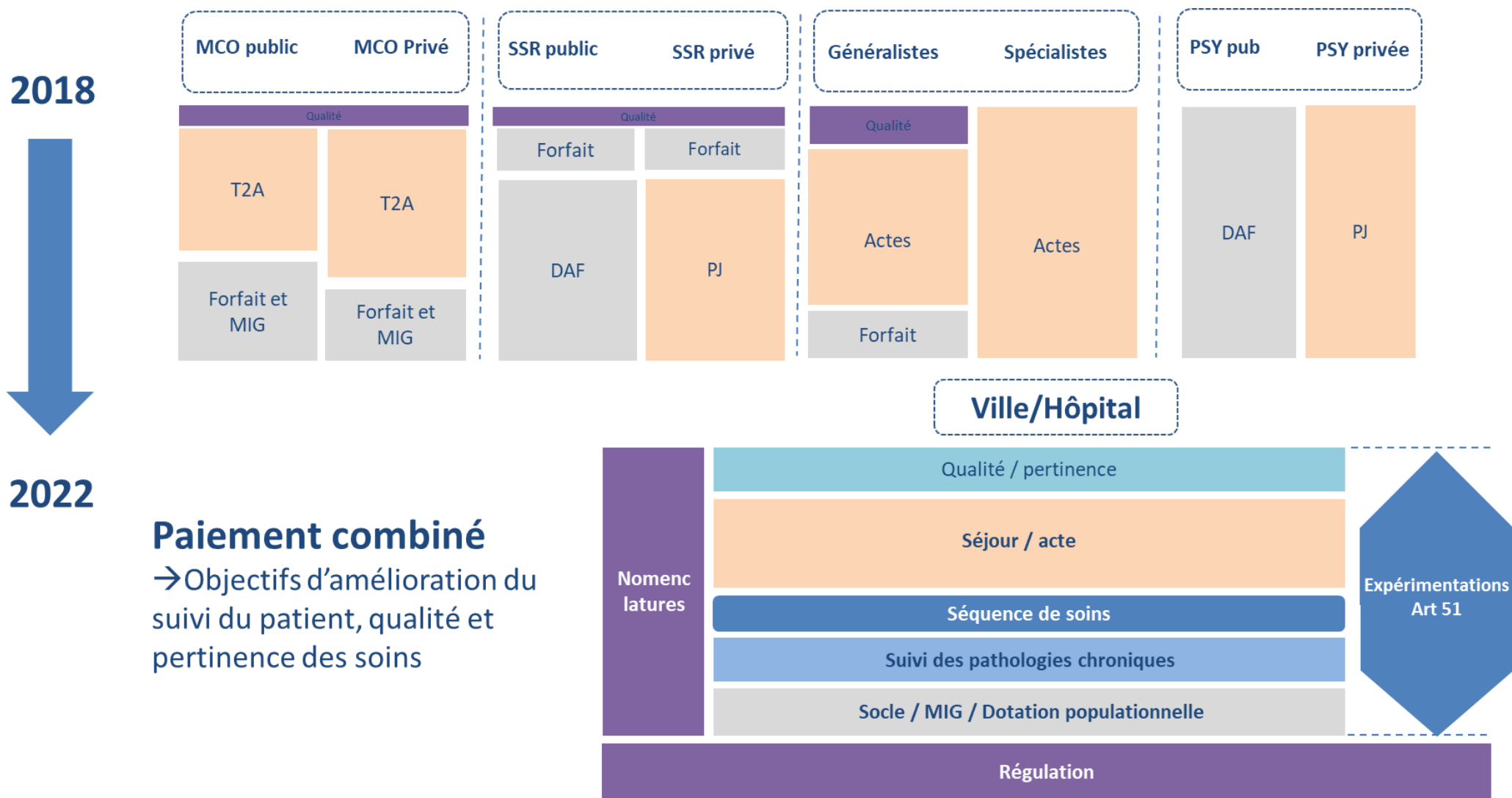
- Dans tous les pays avec un système de santé développé, les professionnels sont rémunérés avec un mix de modalités en fonction des patients pris en charge et des objectifs de santé publique poursuivis



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

2 - La vision cible : des paiements combinés



3 - Les propositions d'application

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 nécessite un suivi au long cours qui comprend des interventions pluri-professionnelles centrées sur les déterminants de la maladie autant que sur les soins
- 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 paiement au suivi prenant en compte le volume de patients pris en charge, les conditions médicales et sociales du patient et la qualité du résultat 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 actuel n'a pas été conçu pour rémunérer le suivi effectué par les professionnels de ville et les établissements de santé.



Le paiement au suivi des pathologies chroniques - grandes étapes

- **La 1ère étape** 2019 ne concerne que les établissements de santé: mise en place d'un paiement au suivi dit 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
- **La 2ème étape** concernera
 - Les établissements de santé avec la mise en place de paiement au suivi pour d'autres pathologies chroniques
 - Les médecins libéraux avec la création de forfaits favorisant la coordination et le rapprochement pluri professionnel
 - Les paramédicaux libéraux avec une introduction progressive de forfaits dans un 1^{er} temps pour les infirmiers



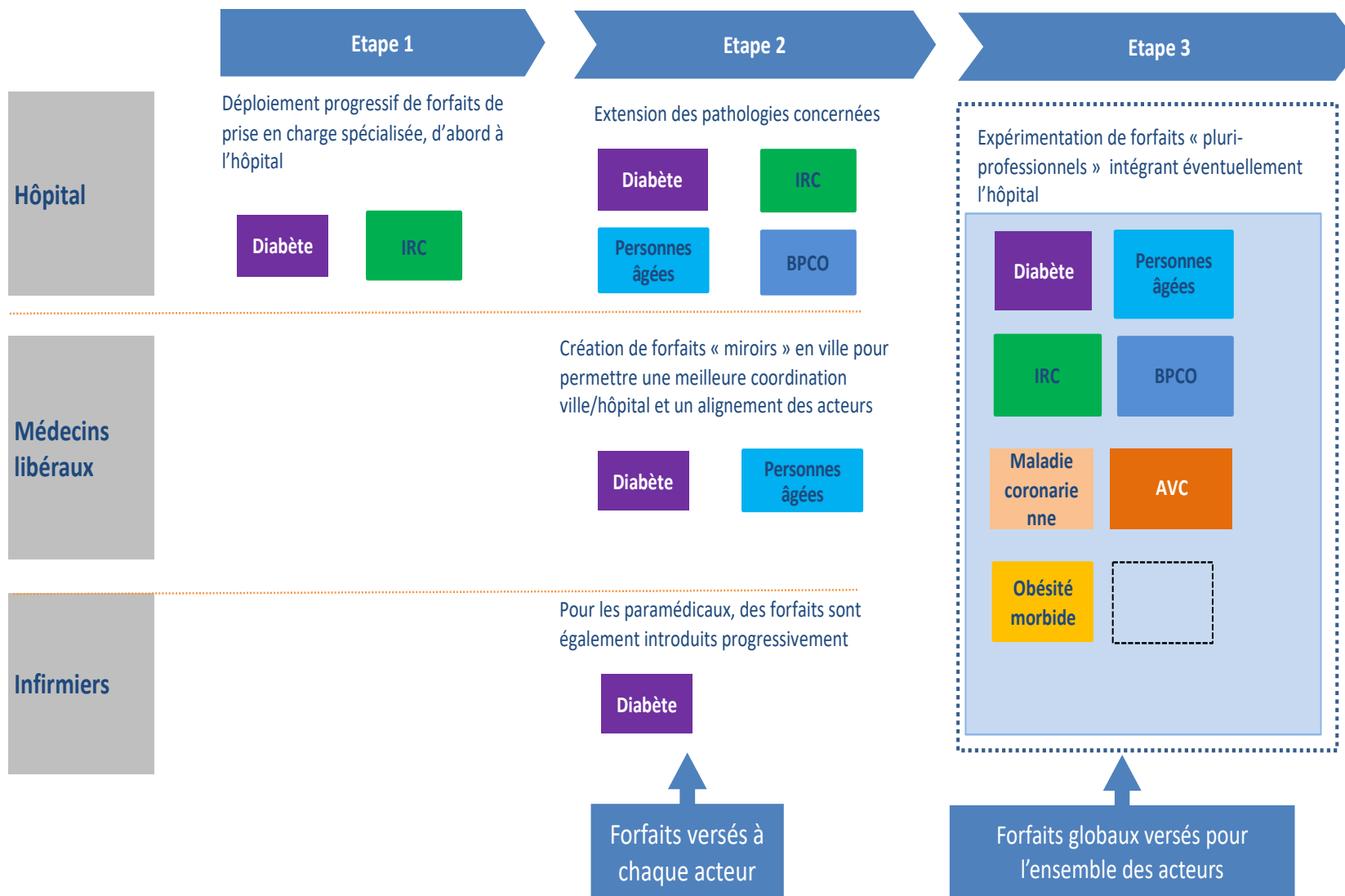
Le paiement au suivi des pathologies chroniques - grandes étapes

- **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 paiements au suivi s'accompagne de la mise en place d'indicateurs:
 - De qualité dont des indicateurs d'expérience patient
 - D'activité (activité minimale pour bénéficier de l'intégralité du paiement au suivi)
 - De liens entre les professionnels en charge du patient

Le paiement au suivi des pathologies chroniques - grandes étapes



En 2019: établissements de santé

Objectifs

- **Positionner l'établissement de santé dans le parcours de soin**, en se concentrant sur les patients qui nécessitent une prise en charge spécialisée et produire pour ceux-ci des soins pertinents et efficaces essentiellement axés sur **la prévention**.

Le forfait doit permettre la mise en place d'**une équipe spécialisée pour le suivi des patients** avec spécialistes (néphrologues), professionnels paramédicaux (infirmier(ère) avec des missions de coordination, diététicien(ne), pharmacien, assistante sociale, APA et patients experts....) . Le pédiatre est impliqué pour tous les enfants et adolescents.

- **Encourager les établissements à transformer la prise en charge hospitalière** en y apportant la dimension pluri professionnelle, coopérative avec la ville et en accompagnant le patient dans son **parcours domicile-ville-hôpital**.

Des modalités communes aux 2 forfaits

- **Un cahier des charges** élaboré en lien avec les sociétés savantes, les associations de patients, les fédérations hospitalières décrivant les différentes actions de transformation à mener (coordination du parcours, éducation thérapeutique, prévention primaire et secondaire, coopération avec les médecins de ville...)
- **Un recueil du parcours patient** à mettre en place en limitant ce recueil de données
- La mise en place d'**indicateurs de qualité** de la prise en charge et d'**expérience patient**
- La mise en place d'indicateurs **de coopération avec la médecine de ville** (lettre de synthèse)
- **Des équipes éligibles** au forfait sous condition de l'existence organisée d'une équipe spécialisée et d'un niveau seuil de file active

Prise en charge préventive des patients atteints d'une maladie rénale chronique avancée

Périmètre : Le paiement au suivi concerne les patients:

- ↳ au stade 4 de la MRC (DFG inf à 30 ml/mn - formule CKD-EPI)
- ↳ au stade 5 de la MRC (DFG inf à 15 ml/mn – formule CKD-EPI)

Ce périmètre recouvre seulement les consultations externes

Sont exclus du forfait: les patients atteints de maladie rénale chronique stade 1, 2 et 3 et les patients en préparation de suppléance et en suppléance.

Etablissements éligibles

- **La condition pour être éligible sera d'atteindre un seuil de file active de patients**
 - Pour la maladie Rénale Chronique, le seuil de file active est en cours de discussion
- **Par ailleurs, les établissements éligibles devront s'engager à mettre en place une équipe structurée et dédiée à la pathologie;**
 - Médecins néphrologues et/ou pédiatres spécialisés
 - Diététiciennes
 - IDE de coordination
 - Autres professionnels para médicaux, patients experts..

Modalités de financement

Plusieurs modalités de financement ont été travaillées en atelier le 13 Mai 2019 avec les représentants des professionnels, des établissements et des associations de patients:

- Orientation vers une part socle visant à financer l'équipe minimum et un financement au forfait par patient pour le suivi annuel de chaque patient

- Evolution progressive vers
 - 1. Un ajustement des forfaits en fonction des caractéristiques des patients
 - 2. Une modulation des forfaits en fonction des résultats de la qualité de prise en charge et de l'expérience patients

Mise en place d'un recueil parcours patient

- Un recueil de données à mettre en place en parallèle va être travaillé en atelier ce Lundi 20 Mai dans ses modalités pratiques puis au cours du mois de Juin sur le contenu

- Recueil à l'entrée du patient dans le parcours puis par semestre
 - ↳ **Recueil patient annuel** : nombre de consultations de néphrologue, diététicienne, séances d'ETP...
 - ↳ **Recueil des indicateurs**: qualité et coordination avec la ville, expérience patient

4 - Calendrier et Méthode

