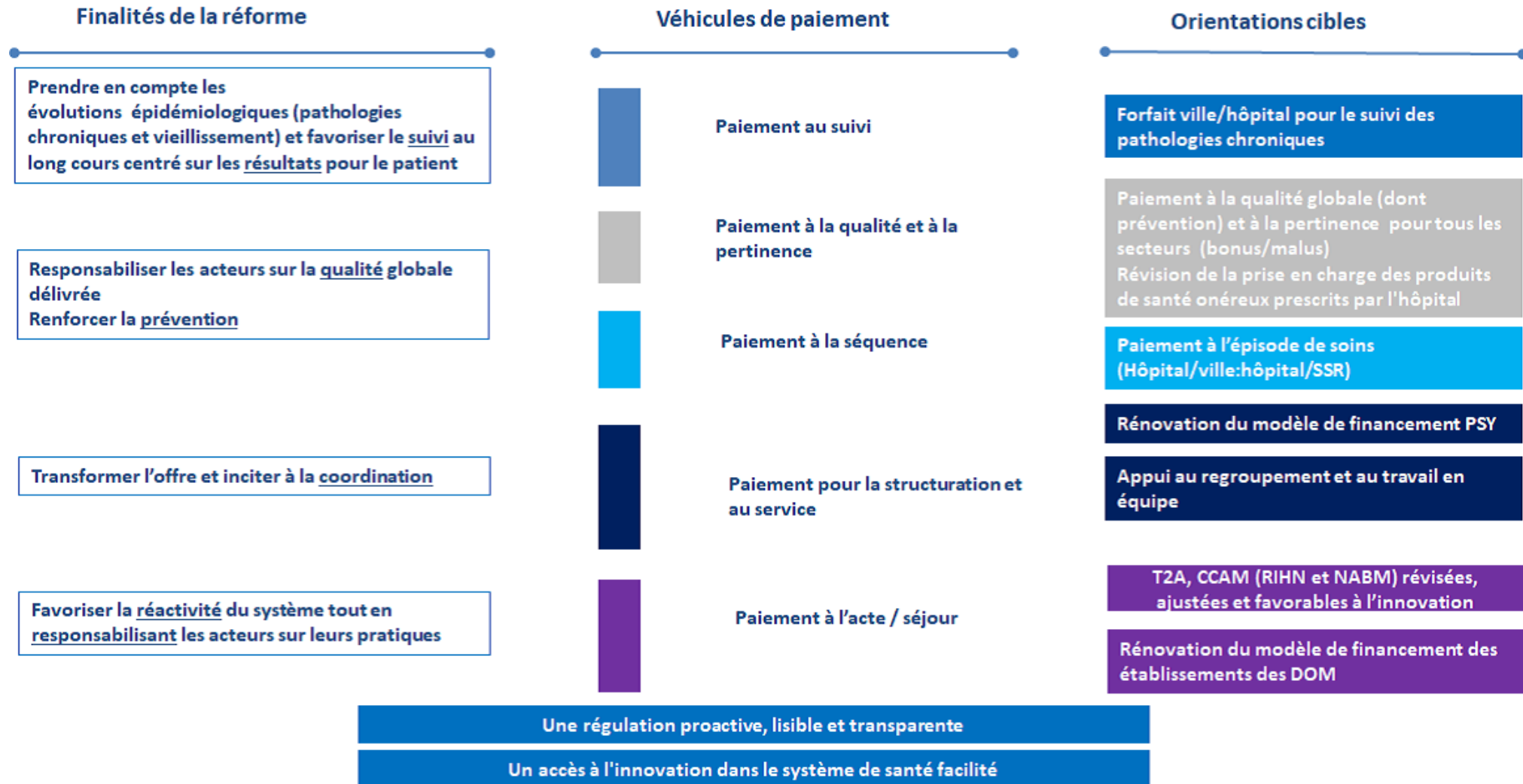


RAPPORT AUBERT

Taskforce « réforme du financement du système de santé »

Synthèse des propositions concernant les établissements de santé

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
- ❑ Un paiement au suivi pour favoriser le suivi au long cours des pathologies chroniques
- ❑ Un paiement groupé à la séquence de soins pour inciter à une meilleure coordination des acteurs
- ❑ Un paiement 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

Paieiment 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

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

Paiement 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%

2022

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

Autres mesures

- ❑ Prévoir un ONDAM pluriannuel pour permettre aux acteurs de se projeter
- ❑ 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
- ❑ 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

