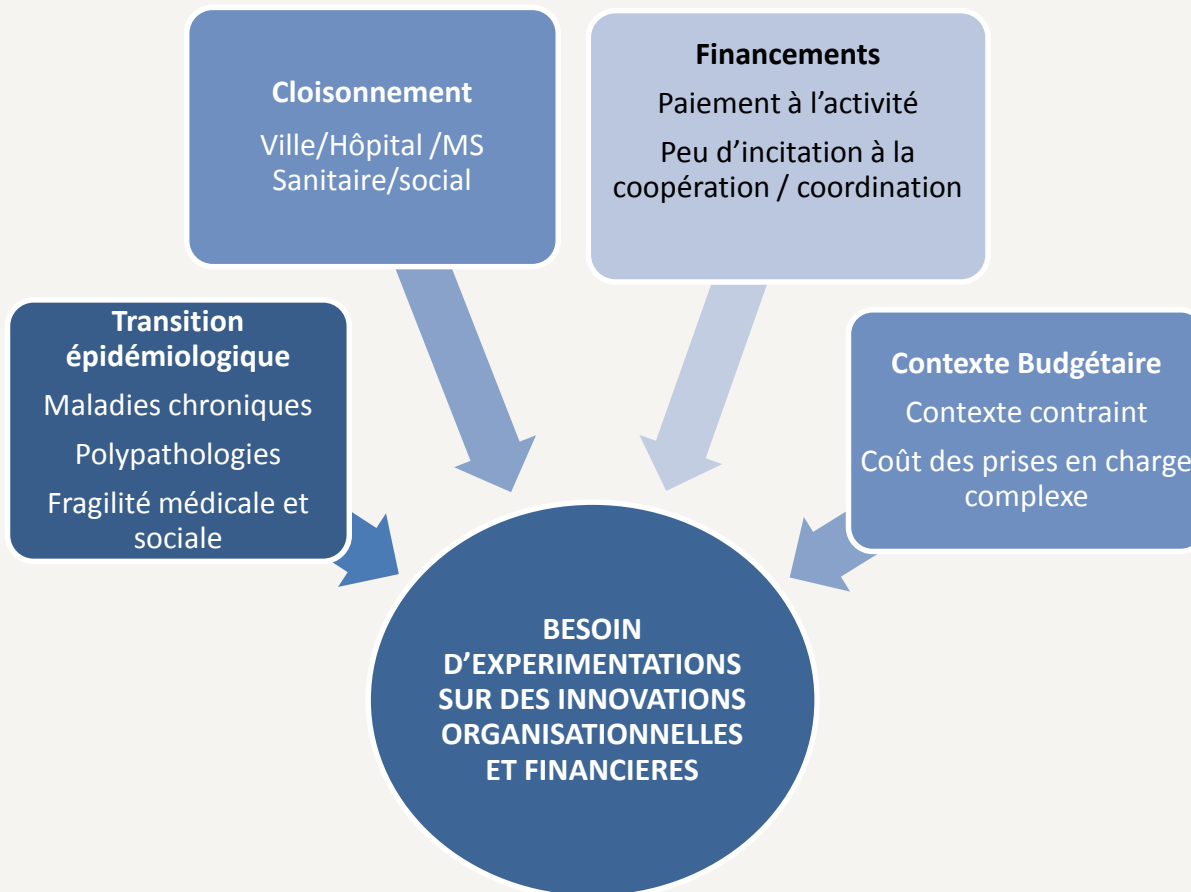

ARTICLE 51 (ex-35) LFSS 2018

*Promotion d'organisations et de financements
innovants en santé*

Un nouveau cadre juridique pour faciliter les expérimentations



CONTENU DE LA MESURE

OBJECTIFS

Les expérimentations doivent concourir à l'atteinte d'au moins un des objectifs suivants :

- Optimiser par une meilleure coordination **le parcours de santé** ainsi que la **pertinence et la qualité** de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;
- Organiser pour une **séquence de soins** la prise en charge des patients;
- Développer les **modes d'exercice coordonné** en participant à la structuration des soins ambulatoires ;
- Favoriser la **présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante** ou des difficultés dans l'accès aux soins médicale ;
- Améliorer **la pertinence de la prise en charge des médicaments** et des produits et prestations associées et la **qualité des prescriptions**

CONTENU DE LA MESURE

MOYENS

Possibilité de dérogation à de nombreuses règles de financements de droit commun

Dérogations à certaines dispositions du code de la sécurité sociale et code de l'action sociale et des familles

Facturation, tarification, remboursement, paiement direct des honoraires par le malade...



Possibilité de déroger à certaines règles d'organisation de l'offre de soins

Dérogations à certaines dispositions du code de la santé publique

Partage d'honoraires entre professionnels de santé, missions des établissements de santé pour autoriser l'hébergement temporaire non médicalisé, autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds ...

CONTENU DE LA MESURE

MODALITES

Deux types d'expérimentations :

- **Expérimentations d'initiative locale (avec ou sans appel à projets ARS)** : tester des organisations portées par des acteurs locaux, avec l'appui d'une ARS, ou à l'initiative d'une ARS, répondant à une problématique strictement locale ou pouvant faire l'objet d'un déploiement régional, interrégional ou national
- **Expérimentations d'initiative nationale (appel à projets national)** : tester des organisations proposées par le niveau national, co-construit avec les acteurs locaux et les ARS

Un cadre juridique unique pouvant réintégrer les expérimentations récentes déjà existantes (PAERPA, hôtel hospitaliers, IRC, etc)

Durée des expérimentations limitée : 5 ans

CONTENU DE LA MESURE

FINANCEMENT

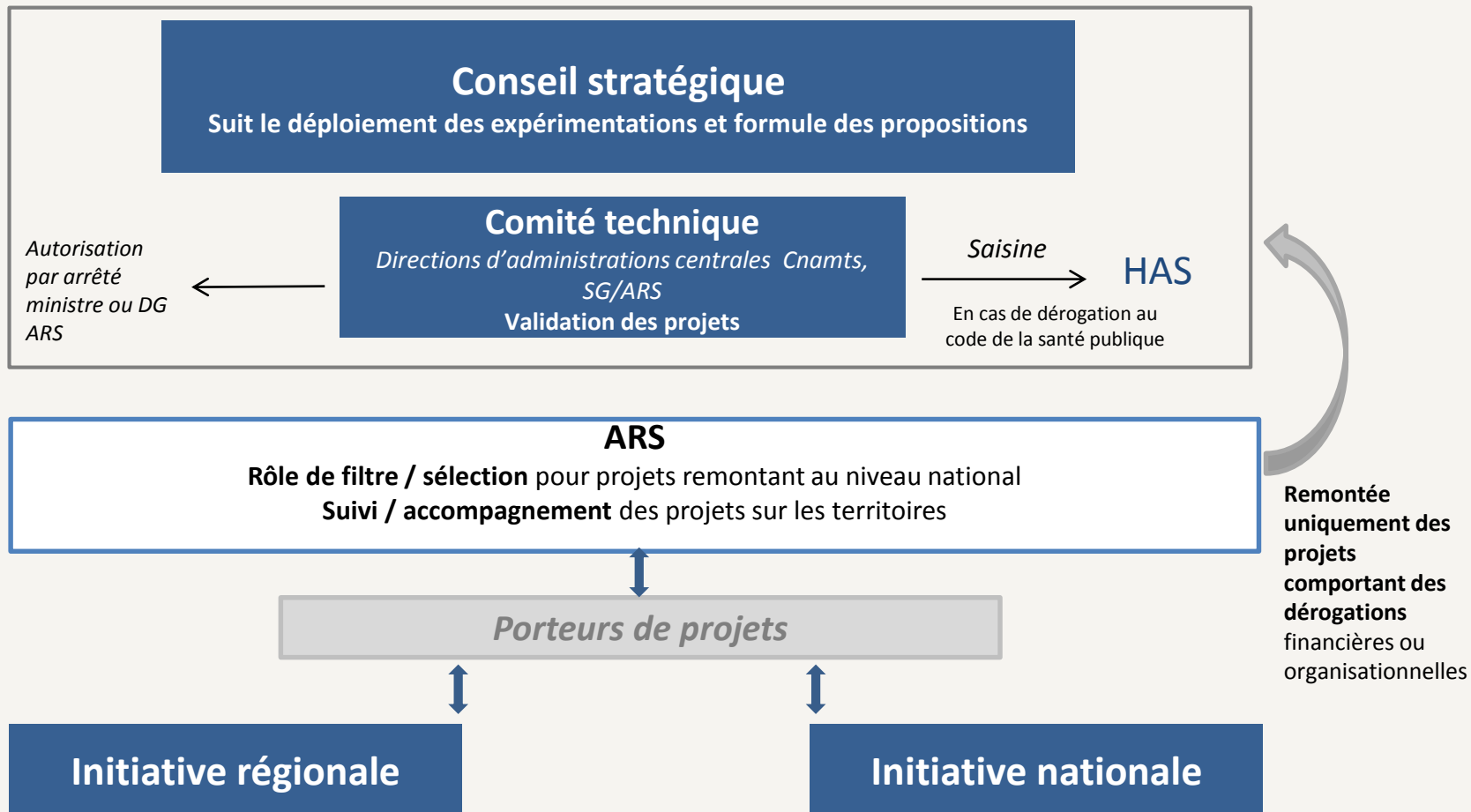
**Fonds national pour
l'innovation du
système de santé**

ET /OU

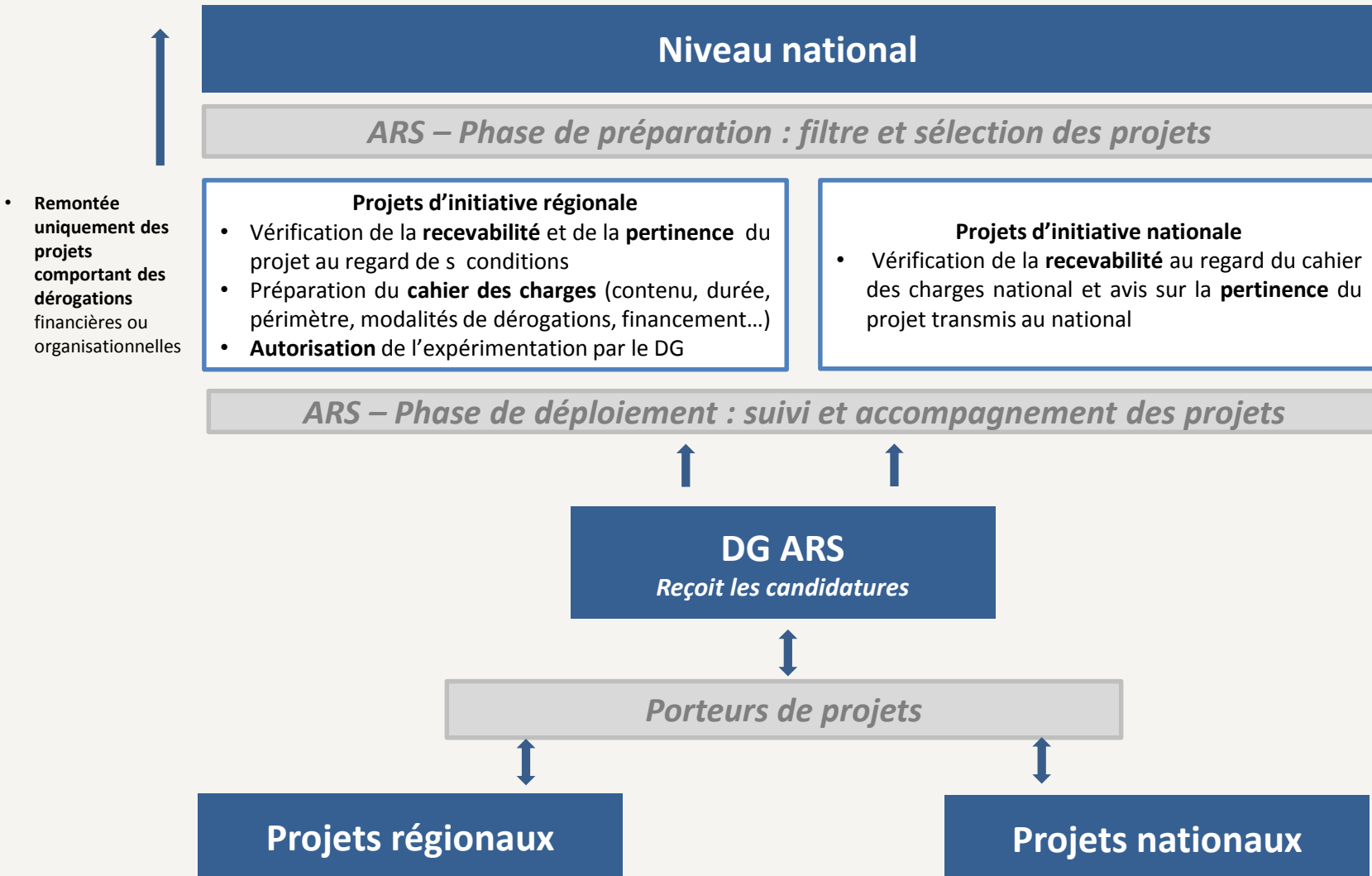
FIR

GOVERNANCE

DES MODALITÉS DE GOUVERNANCE QUI SERONT PRÉCISÉES PAR VOIE
RÈGLEMENTAIRE



Rôle des ARS



Projets nationaux envisagés

Paiement intégré à l'épisode de soins

Modèle Bundled Payment (BP)

- Regroupement d'un ou plusieurs acteurs hospitaliers et d'un ou plusieurs acteurs de soins de ville
- Adapté aux prises en charge relativement standardisées, à forts enjeux de coordination entre la ville et l'hôpital
- Forfait intégré sur la base des bonnes pratiques cliniques et pour une période de temps donnée

Incitation à la prise en charge partagée (IPEP)

Modèle Accountable Care Organization (ACO)

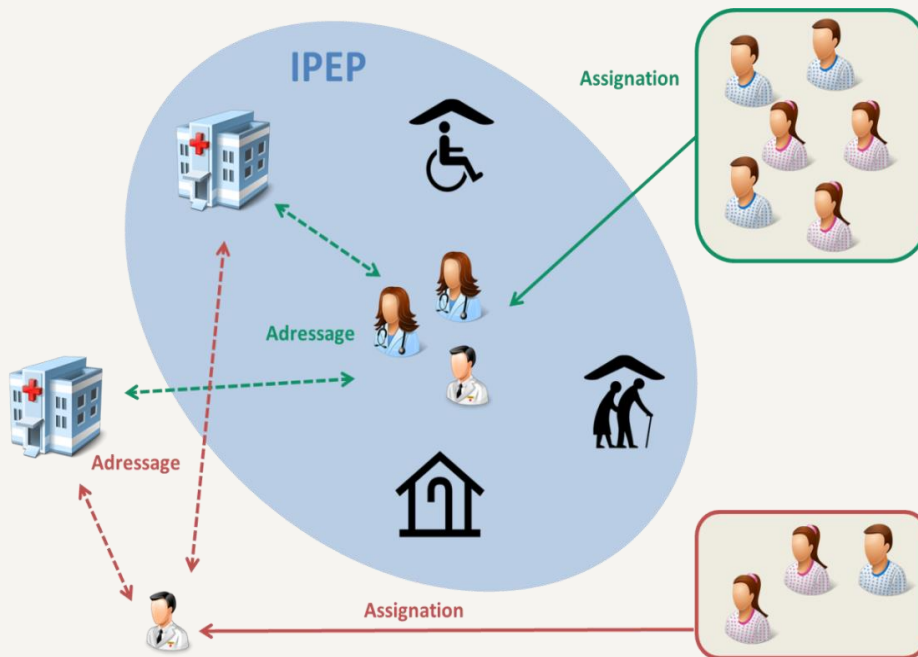
- Groupements volontaires multi-acteurs et multi-secteurs
- Intéressement collectif en sus de la tarification de droit commun, versé au groupement
- Sur la base d'objectifs de qualité et de la réalisation d'économies

Des appels à projets envisagés pour la fin du premier semestre 2018

Liste en sus

INCITATION À LA PRISE EN CHARGE PARTAGÉE (IPEP)

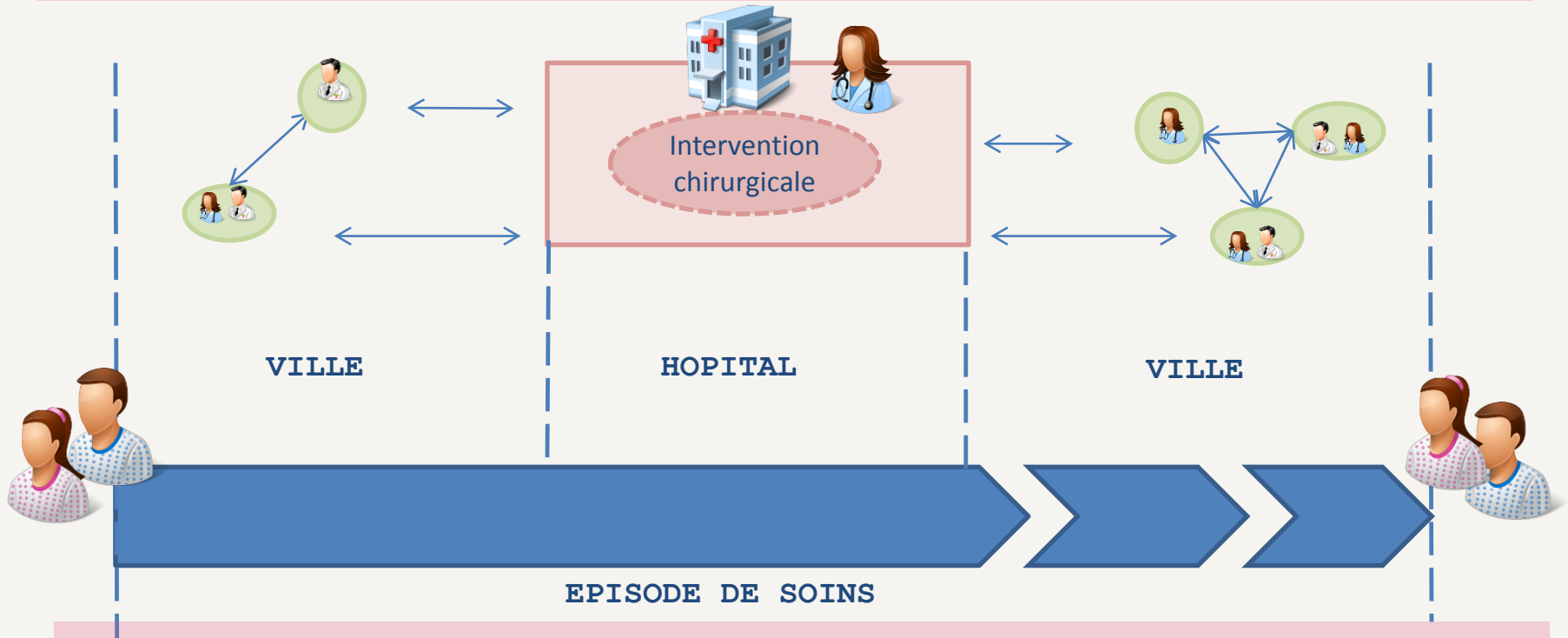
Enjeux et objectifs



- Inciter à la **coordination des acteurs de santé** autour de la prise en charge du patient pour améliorer la qualité et la pertinence des parcours de soins
- Groupements volontaires **multi-acteurs et multi-secteurs** (ville, hôpital, médico-social) responsables collectivement d'une population sur un territoire
- Versement **en sus des modes de rémunération habituels** d'un **intéressement collectif** en fonction du **respect d'une cible de dépenses** et des résultats obtenus à des **indicateurs de qualité**

LE « BUNDLED PAYMENT » PAIEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS

Paielement de **l'ensemble des acteurs** concourant à une **même prise en charge** dans le cadre d'un **épisode de soins**, par le versement d'un **forfait**




segment du parcours de soins du patient précisément délimité
Décloisonnement des acteurs pour une meilleure prise en charge et réduction des reprises/complications

LE « BUNDLED PAYMENT » PAIEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS

Enjeux

Améliorer la qualité des prises en charge (*réduction des complications, satisfaction des patients*)

- Favoriser **une sortie rapide et sécurisée après l'intervention chirurgicale** pour :
- Favoriser la bascule vers l'ambulatoire ou les retours précoces à domicile
-  Assurer une meilleure maîtrise des dépenses (*diminution des complications, réduction de la DMS*)

Suppose **la mise en œuvre d'organisations structurées** permettant

- L'émergence de bonnes pratiques
- Une meilleure coordination intra-hospitalière et ville/hôpital

LE « *BUNDLED PAYMENT* » PAIEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS

Prérequis

- L'**adhésion des professionnels**
- Des référentiels de **bonnes pratiques** disponibles (RAAC...) pour les prises charges
- Un **contenu précis** de prestations réalisées par des **acteurs coordonnés**
- Des **indicateurs** de qualité/performance/efficience
- Un **système d'information adapté** (*recueil de données de santé, de facturation...*) interfacé avec les acteurs

LE « *BUNDLED PAYMENT* » PAIEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS

Choix de la chirurgie pour tester l'épisode de soins

La prise en charge chirurgicale programmée paraît particulièrement **adaptée pour initier** le paiement à l'épisode de soins :

- Centrée sur des **soins précis** : l'intervention chirurgicale
- Délimitée** dans le temps
- Nécessite une **coordination** des acteurs **en amont** comme **en aval** du séjour
- Se structure autour de la construction d'un **chemin clinique** basé sur les bonnes pratiques

LE « *BUNDLED PAYMENT* » PAIEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS

Périmètre de l'épisode de soins chirurgical

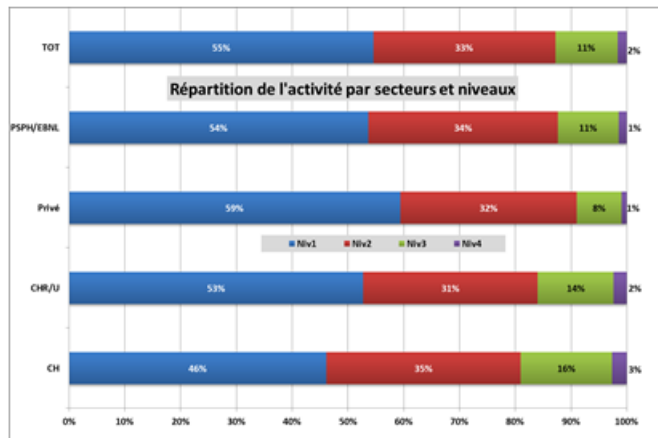
L'épisode de soins chirurgical se conçoit dans un continuum encadrant le séjour chirurgical :

- ❑ **En amont, préparation** de l'intervention et des suites opératoires
- ❑ **Durant** le séjour, mise en œuvre de **pratiques** (*chirurgicales, anesthésiques, suivi post-op...*) permettant au patient de se **rétablir plus rapidement** après l'intervention chirurgicale
- ❑ **En aval**, le **suivi post-chirurgical**, les soins éventuels (*IDE, kinésithérapie*), la poursuite de la prise en charge habituelle par le médecin traitant (*notamment en cas de maladie chronique*) permettent une **sortie plus rapide et sécurisé** du patient voire une **prise en charge ambulatoire**

LE « BUNDLED PAYMENT » PAIEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS

Travaux exploratoires CNAMTS sur un épisode de soins

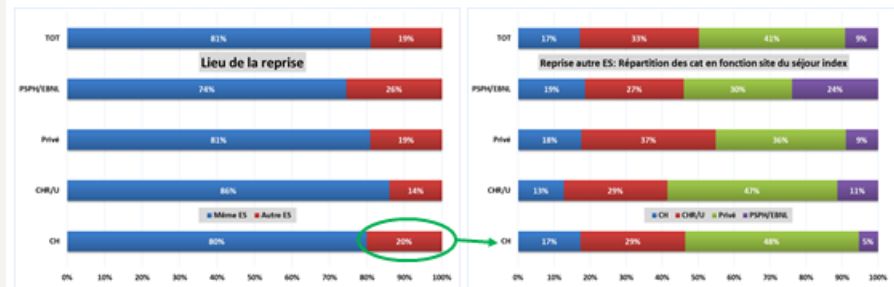
Séjours index : structure et répartition de l'activité



36

Les reprises : Volumes

cat eg	Nb etab avec sej_index 2010-2014	Nb etab_index avec reprise 2010-2016	% etab_index avec reprise	Nb sej_index 2010-2014	Nb sej reprise 2010-2016	Taux de reprise à 2 ans
CH	320	309	97%	185 144	6 105	3,3%
CHR/U	58	53	91%	79 512	2 717	3,4%
Privé	463	449	97%	357 916	10 407	2,9%
PS PH/EBNL	50	46	92%	39 117	1 117	2,9%
TOT	891	857	96%	659 689	20 346	3,1%



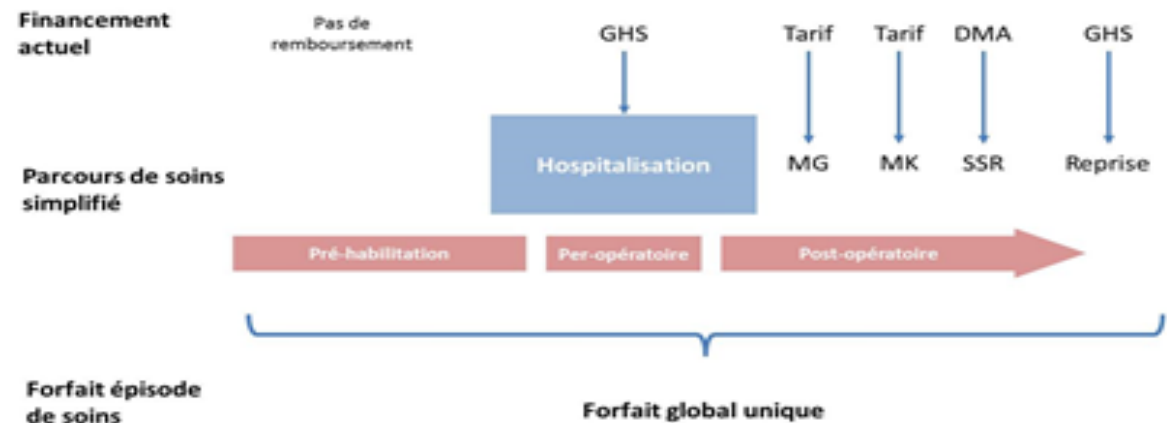
44

LE « BUNDLED PAYMENT » PAIEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS

Travaux exploratoires CNAMTS sur un épisode de soins

Modes de paiement innovants : les constats Forfait pour épisode de soins prothèse de la hanche

- **Les principe: un forfait qui se substitue aux paiements habituels et qui couvre**
 - Hospitalisation (GHS)
 - Rééducation (MK...)
 - Reprises et complications



LE « BUNDLED PAYMENT » PAIEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS

