

Task Force réforme du financement

Club des médecins DIM FHP-MCO

29 novembre 2018

A quels enjeux sommes nous confrontés ?

Des modes de financements cloisonnés qui n'incitent pas à la coordination ni à la prévention

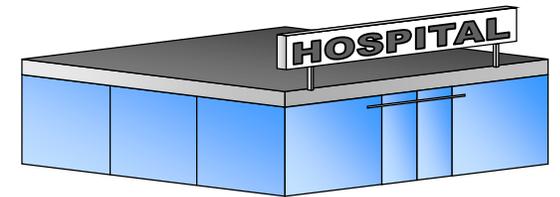
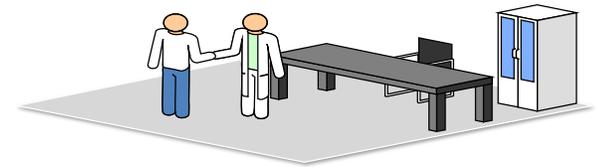
Les modes de financements sont propres à chaque catégories d'acteurs et les passerelles/liaisons entre les secteurs quasi inexistantes

Un système efficace mais non efficient

Les modes de financement actuels assurent la productivité du système de santé (les files d'attente sont peu nombreuses) mais rien ne garantissent pas que la production de soins soit de qualité et pertinente

Une régulation peu lisible et peu incitative

La régulation actuelle est uniquement annuelle et la séparation entre les différentes enveloppes est peu opérationnelle. La régulation économique ou incitative est quasi absente des outils à disposition des régulateurs.



LES ENJEUX DE LA TRANSFORMATION DU FINANCEMENT

Un double objectif

→ DÉFINIR ET METTRE EN ŒUVRE UN NOUVEAU SYSTÈME DE TARIFICATION

- L Définir un système applicable à l'ensemble des établissements et professionnels de santé
- L Inciter à la prévention
- L Intégrer un pilotage par la qualité et la pertinence des soins
- L Renforcer les coopérations entre acteurs et favoriser la prise en charge entre les différents segments de l'offre de soins
- L Favoriser l'efficacité du système de soins et l'introduction des innovations techniques ou organisationnelles

→ AMÉLIORER LA RÉGULATION DE L'ONDAM

- L Accroître sa prévisibilité dans une logique de pluri annualité
- L Favoriser un juste équilibre entre les secteurs
- L Continuer à garantir son respect

La combinaison de différents modes de paiement doit permettre de mieux répondre aux différentes finalités du système de soins

Finalités de la réforme

Prendre en compte les évolutions épidémiologiques (pathologies chroniques et vieillissement) et favoriser le suivi au long cours centré sur les résultats pour le patient

Responsabiliser les acteurs sur la qualité globale délivrée
Renforcer la prévention

Transformer l'offre et inciter à la coordination

Favoriser la réactivité du système tout en responsabilisant les acteurs sur leurs pratiques

Véhicules de paiement

Paiement au suivi

Paiement à la qualité et à la pertinence

Paiement à la séquence

Paiement pour la structuration et au service

Paiement à l'acte / séjour

Orientations cibles

Forfait ville/hôpital pour le suivi des pathologies chroniques

Paiement à la qualité globale (dont prévention) et à la pertinence pour tous les secteurs (bonus/malus)
Révision de la prise en charge des produits de santé onéreux prescrits par l'hôpital

Paiement à l'épisode de soins (Hôpital/ville:hôpital/SSR)

Rénovation du modèle de financement PSY

Appui au regroupement et au travail en équipe

T2A, CCAM (RIHN et NABM) révisées, ajustées et favorables à l'innovation

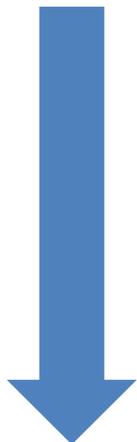
Rénovation du modèle de financement des établissements des DOM

Une régulation proactive, lisible et transparente

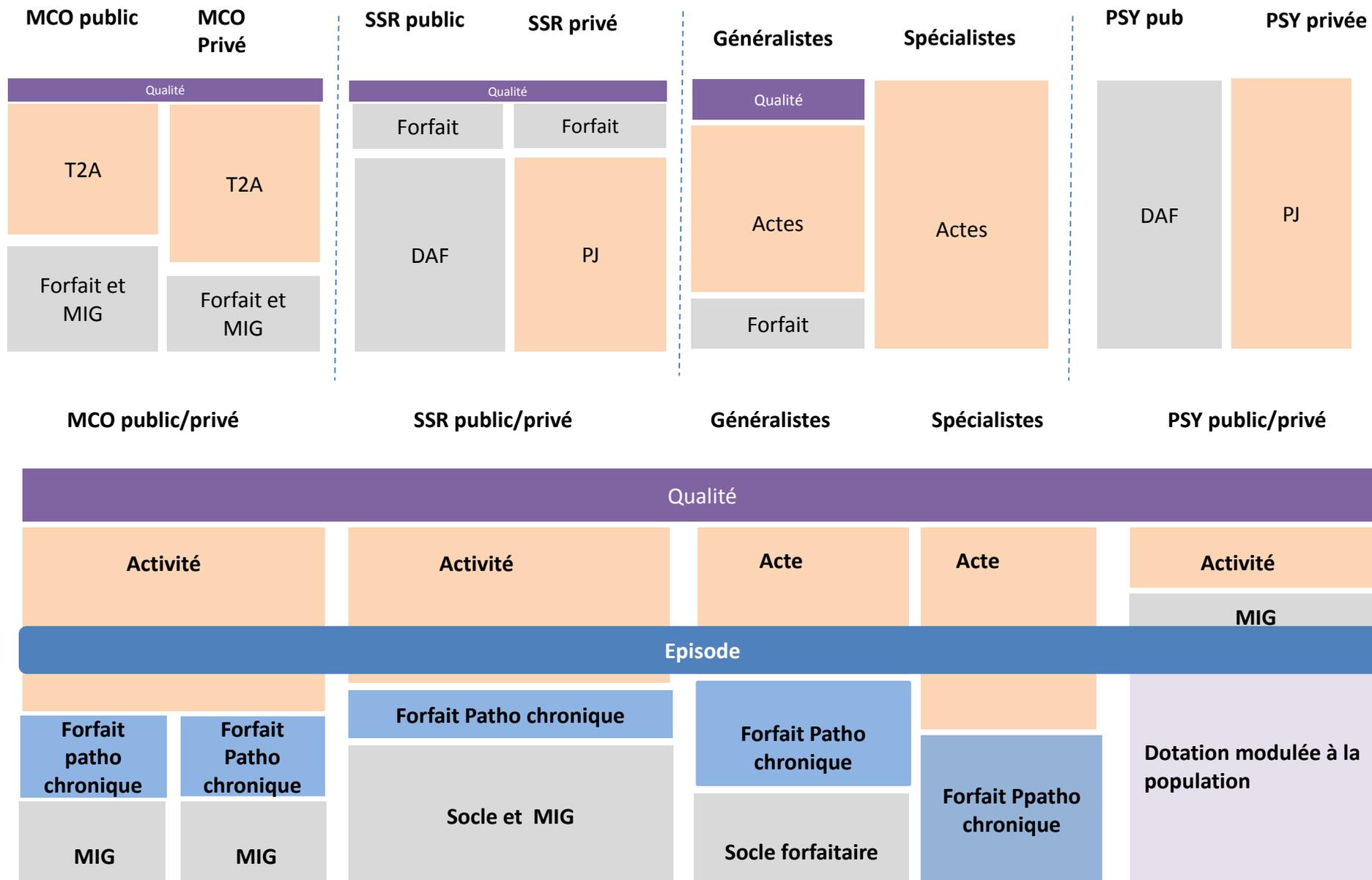
Un accès à l'innovation dans le système de santé facilité

D'un modèle complexe et en silo vers un modèle réunifié au service des patients

2018



2022



Cette évolution des modes de tarifications sera complétée par une revue des nomenclatures et des procédures. Les points importants de notre système, notamment les accords conventionnels, la prise en charge des missions de service public et des contraintes liés à certains statuts seront conservés. En particulier, si une convergence des modalités de rémunération entre public et privé pourra être recherchée, les spécificités respectives de ces secteurs seront prises en compte.

LES ENJEUX DE LA TRANSFORMATION DU FINANCEMENT

Des mesures dès 2019 pour engager la transformation

PÉRIMÈTRE DU NOUVEAU SYSTÈME DE TARIFICATION

La nouvelle tarification s'appliquera à l'ensemble des professionnels et structures sanitaires et médico-sociales :

- └ Etablissements hospitaliers publics et privés
- └ Médecine de ville
- └ Structures médico sociales

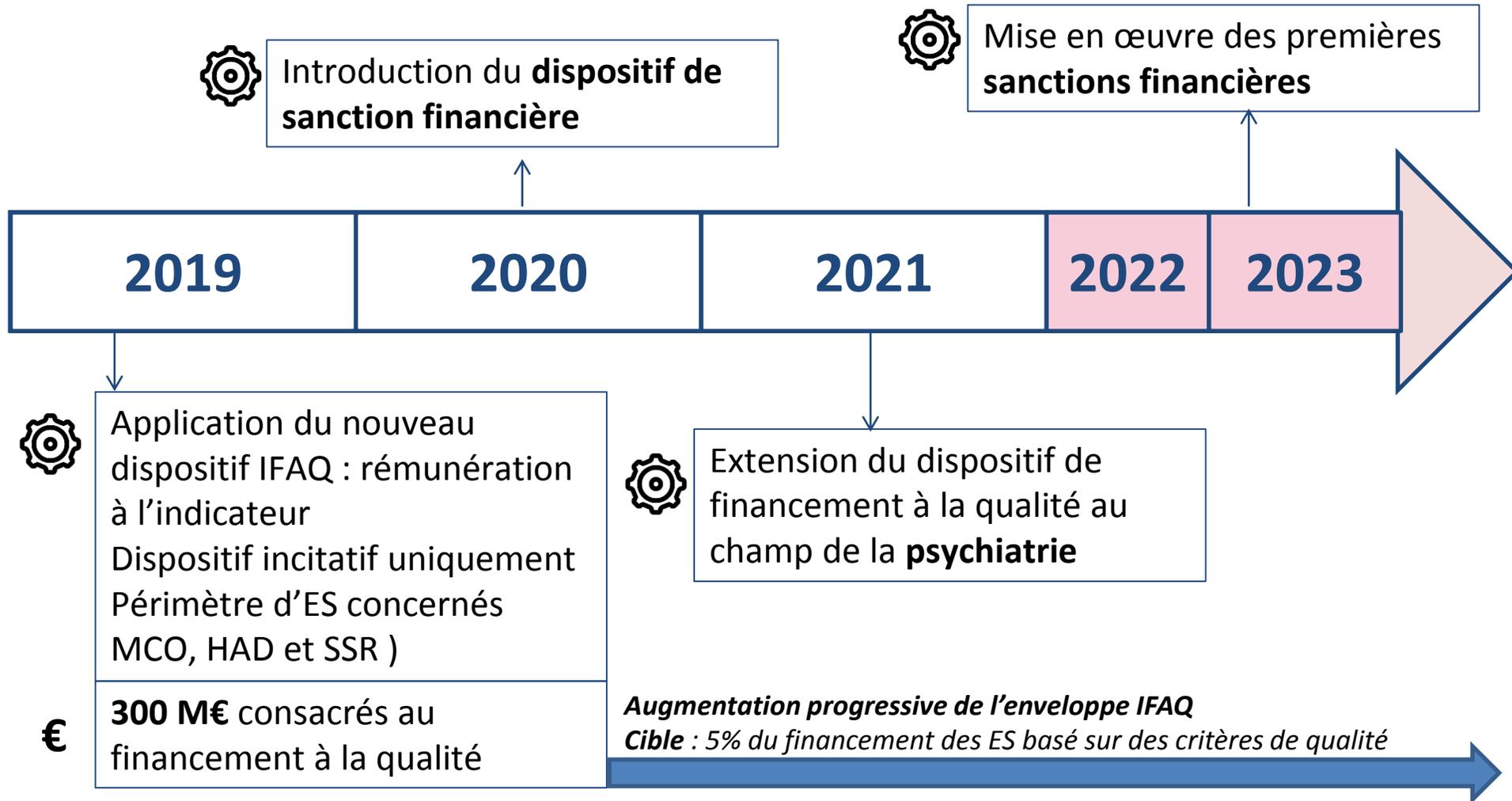
Elle concernera l'ensemble des activités et filières de soins :

- └ Médecine, chirurgie, obstétrique
- └ Soins de suite et réadaptation
- └ Hospitalisation à domicile
- └ Santé mentale

PREMIERES MESURES 2019

- └ Forfait pathologies chroniques à l'hôpital : pour le diabète (type 1 et 2 hors complications) l'IRC (stade de pré-suppléance)
- └ Incitation à la qualité pour les établissements de santé redimensionnée (enveloppe de 300M€ pour MCO/HAD et SSR dans un 1^{er} temps et sur la base d'un nombre restreint d'indicateurs)
- └ Modulation inter-régionale de la DAF en psychiatrie

Principes du nouveau dispositif IFAQ - Calendrier général



Principes du nouveau dispositif IFAQ

Une remuneration à l'indicateur

Rémunération des ES les mieux classés et de ceux ayant le plus fortement progressé

Objectif de rémunérer plus d'ES

Comparaison des ES

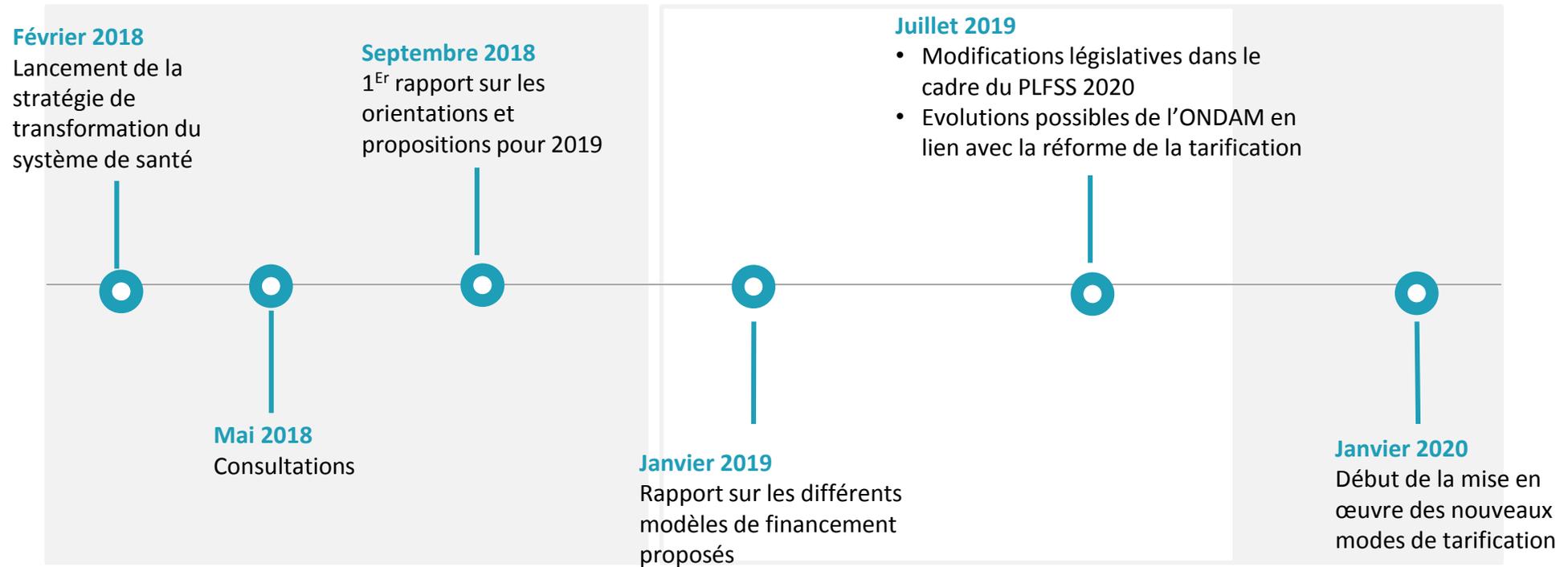
- **Par indicateur** sur le niveau atteint (valeur de l'indicateur) **et** l'évolution
- Au sein de **catégories homogènes** définies sur la base de critères de champ d'activité, taille et degré de spécialisation du case-mix

Indicateurs pris en compte

- Un panel d'indicateurs **plus restreint par type d'activité** (environ 10 pour le MCO)
- Des indicateurs **transversaux** qui s'appliquent à plus d'ES contrairement aux indicateurs de spécialités

LE CALENDRIER DE LA TRANSFORMATION DU FINANCEMENT

Le chantier doit aboutir en 2020 à la mise en œuvre d'un système de tarification rénové



Annexes

Indicateurs pris en compte en 2019

- **Indicateurs recueillis en année N** (les dates de la campagne de recueil sont inchangées)
- **Arrêt des bases e-Satis et oSIS** au 15 octobre
- **Alignement entre IFAQ et diffusion publique**
 - └ Prise en compte des valeurs pour les classements mais maintien de la présentation en classes pour la diffusion publique
- **Le pool d'indicateurs à intégrer dans le modèle sera évolutif :**
 - └ Objectifs d'intégrer plus d'indicateurs de résultats calculés à partir des bases médico-administratives ou rapportés par les patients (PREMs et PROMs)
 - └ Intégration des fédérations à la réflexion sur les indicateurs

Modifications dans le recueil des indicateurs

- **Recueil annuel des indicateurs** (les indicateurs du dossier patient sont recueillis, à nouveau, en 2019)
- **Recueil au niveau géographique**

Liste des indicateurs MCO

indicateurs	commentaires	Année d'expérimentation	1 ^{ère} Année du recueil
Certification	Dernière décision applicable à l'ES // modalités de prise en compte à définir		
Qualité de la lettre de liaison	Source HAS	2016	2017
Qualité lettre de liaison chirurgie ambulatoire	Source HAS	2017	2018
e-Satis MCO + 48h	Source HAS	2015	2016
e-Satis chirurgie ambulatoire	Source HAS	2017	2018
Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées D3-1	Source oSIS (HN)		2012
IP DMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour		
Prise en charge de la douleur	Source HAS	2018	2019
Taux absentéisme	Source DADS		
ICSHA.3 Rapport entre le volume de produit hydro alcoolique (PHA) délivré au sein de l'établissement dans les différents services de soins et le volume minimal théorique de PHA à délivrer que l'établissement doit dépasser	Source HAS	2017	2018

Bases juridiques

Révision de l'article L 162-23-15	<ul style="list-style-type: none">- Remplacement de critères par indicateurs- Introduction de la possibilité de sanction- Extension à la psychiatrie	PLFSS 2019
Nouveau décret IFAQ	<ul style="list-style-type: none">- Catégories d'indicateurs intégrés au modèle- Modalités de détermination de la dotation complémentaire (<i>et de la sanction financière</i>)- <i>Principes de fixation des seuil de sanction pour les indicateurs</i>	Publié avant le 31/12/18
Arrêté unique annuel	<ul style="list-style-type: none">- Liste des indicateurs :<ul style="list-style-type: none">○ Intégrés au modèle IFAQ○ Diffusés publiquement- Seuils de sanction pour chaque indicateur	Publié avant le 31/12 de l'année N-1

Objectifs de la mesure pathologies chroniques

Le système de rémunération actuel repose majoritairement sur la quantité des soins produits → peu adapté à la prise en charge des pathologies chroniques : il finance essentiellement les soins curatifs et peu les soins préventifs.

- Introduire dès 2019 une forfaitisation de la prise en charge du diabète (type 1 et 2) et de l'insuffisance rénale chronique (stade pré-suppléance) pour les établissements de santé, substitutive à la T2A

Objectif : permettre de financer les éléments constitutifs des parcours de soins qui seront élaborés avec les sociétés savantes.

- Ces parcours seront orientés vers la prévention et l'éducation thérapeutique du patient et comporteront un objectif d'amélioration de la coordination avec les acteurs de ville.
- Des indicateurs mesurant la qualité de la prise en charge ainsi que la satisfaction des patients seront également intégrés.

Pourquoi un forfait annuel par patient ?

- Pour permettre une prise en charge coordonnée sur la durée axée sur la prévention primaire et secondaire
- Pour introduire la notion de paiement au forfait étroitement liée à la mesure des résultats qui comptent pour le patient
- Pour envisager le financement de l'hôpital autrement que par la dotation ou la tarification à l'activité
- Pour répartir la durée de la prise en charge sur la totalité de l'année