

Présentation des propositions de réforme des modalités de financement du système de santé pour la maladie rénale chronique

Task Force Réforme du Financement

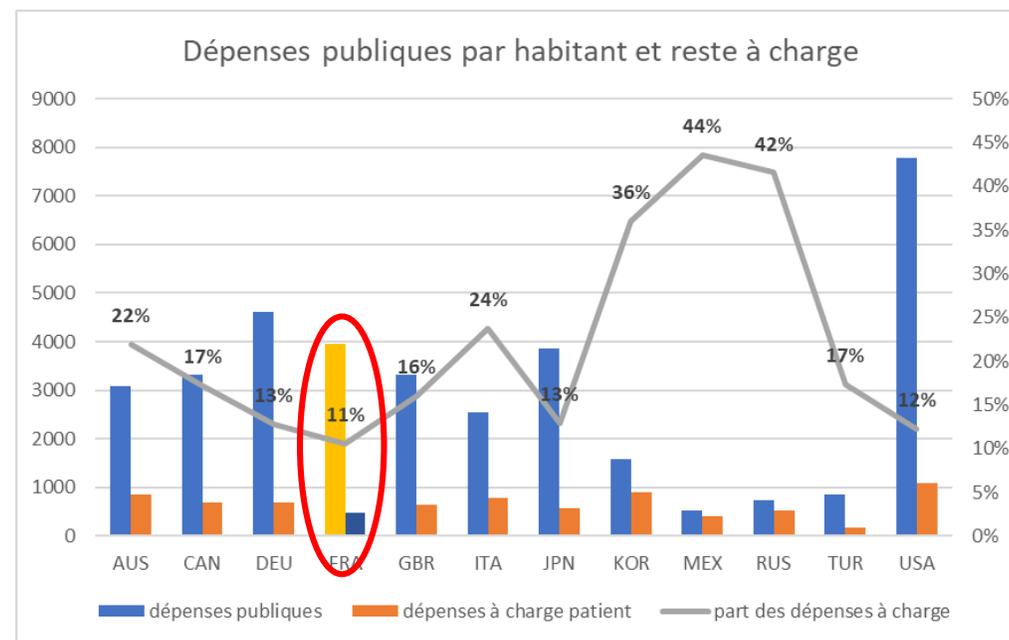
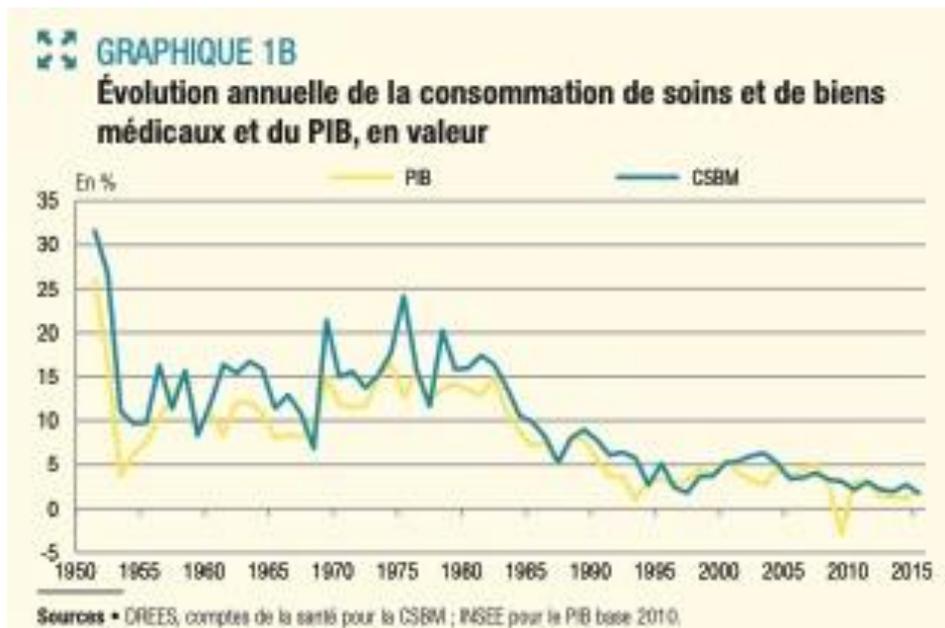


Sommaire

- **1 - Les constats qui expliquent la nécessité de la réforme**
- **2 - La vision cible : les paiements combinés**
- **3 – Les forfaits de suivi pour les patients atteints de pathologies chroniques**

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

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

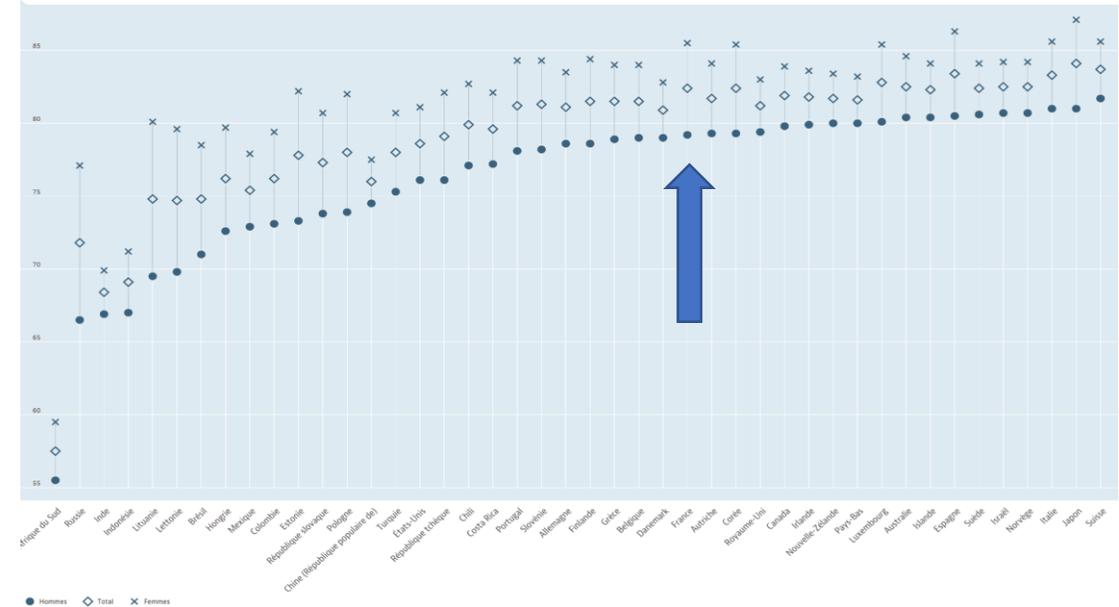


Task force réforme du financement

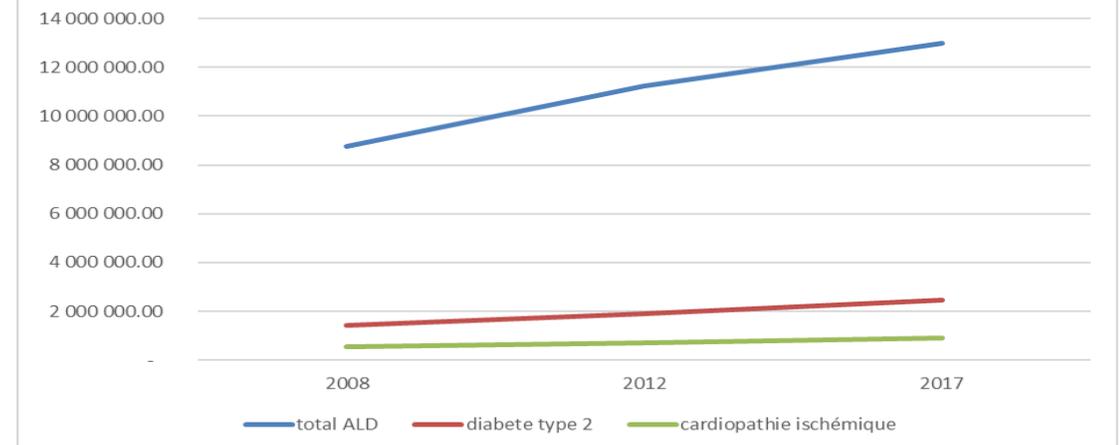
- Une espérance de vie qui se situe dans la moyenne des pays développés mais les années de vies gagnées ne sont pas nécessairement des années en bonne santé.
- La mortalité infantile est deux fois plus élevée qu'en Finlande et la mortalité maternelle deux fois plus élevée qu'en Suède ou qu'en Italie
- 9 000 patients diabétiques sont amputés d'un membre par an
- Les patients qui souffrent de pathologies psychiatriques ont une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans.
- Le nombre de décès par suicide (11 000) est une des plus élevés d'Europe.
- La croissance des pathologies chroniques est une des plus importante des systèmes de santé développés



Espérance de vie à la naissance



Progression ALD



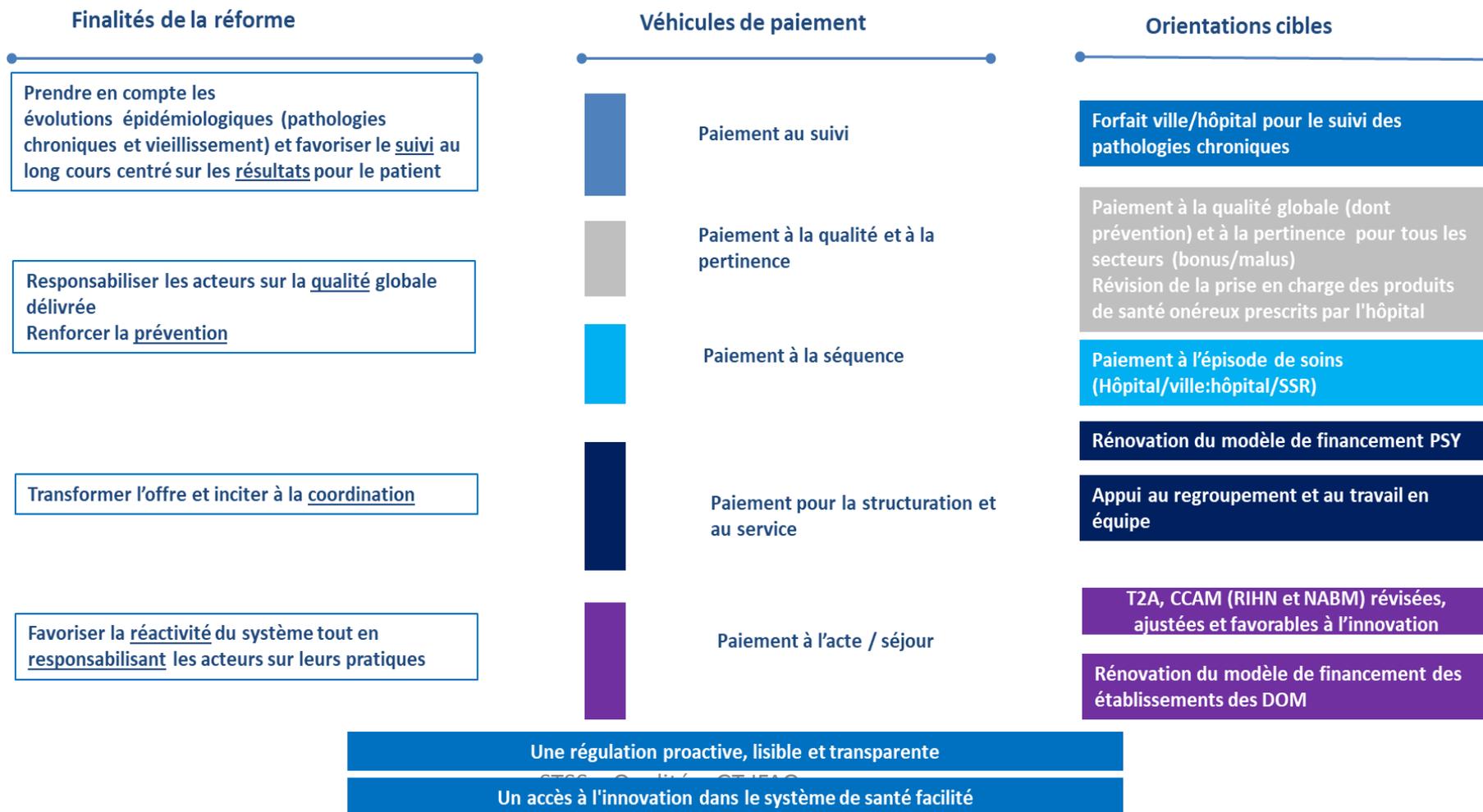
1- Les modèles de financements actuels expliquent pour partie ces résultats contrastés

- 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 incitent à la réalisation d'actes et moins à la prévention ou au suivi au long cours
- Une qualité des résultats ou du suivi qui n'intervient que très marginalement dans les modalités de financement
- Des inégalités de financement entre régions pour certaines spécialités qui induisent des difficultés d'accès aux soins
- 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



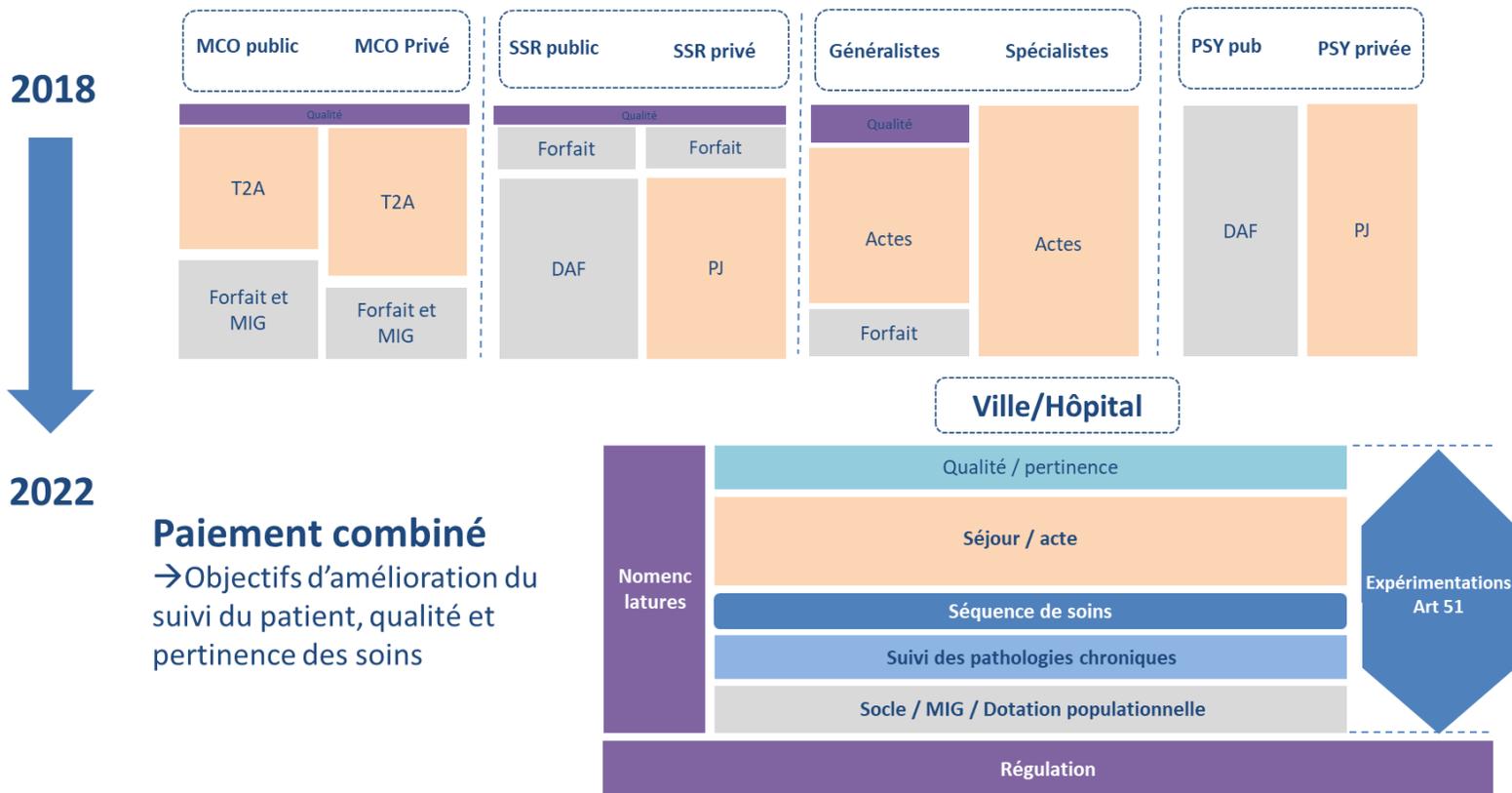
2- La vision cible : des paiements combinés

- Pour faire face aux enjeux, il est nécessaire de **combiner** différents modes de paiement afin de s'adapter aux modes d'organisation des professionnels.
- 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



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 nécessitent un suivi au long cours qui comprend des interventions pluriprofessionnelles dont l'intensité peut varier selon les moments de la maladie
- 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 forfait substitutif au financement actuel, fonction du volume de patients pris en charge et ajusté à la qualité et au risque du patient, 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 n'a pas été conçu pour rémunérer forfaitairement les professionnels et les établissements.

Le paiement pour le suivi des pathologies chroniques

Grandes Etapes

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



Task force réforme du financement

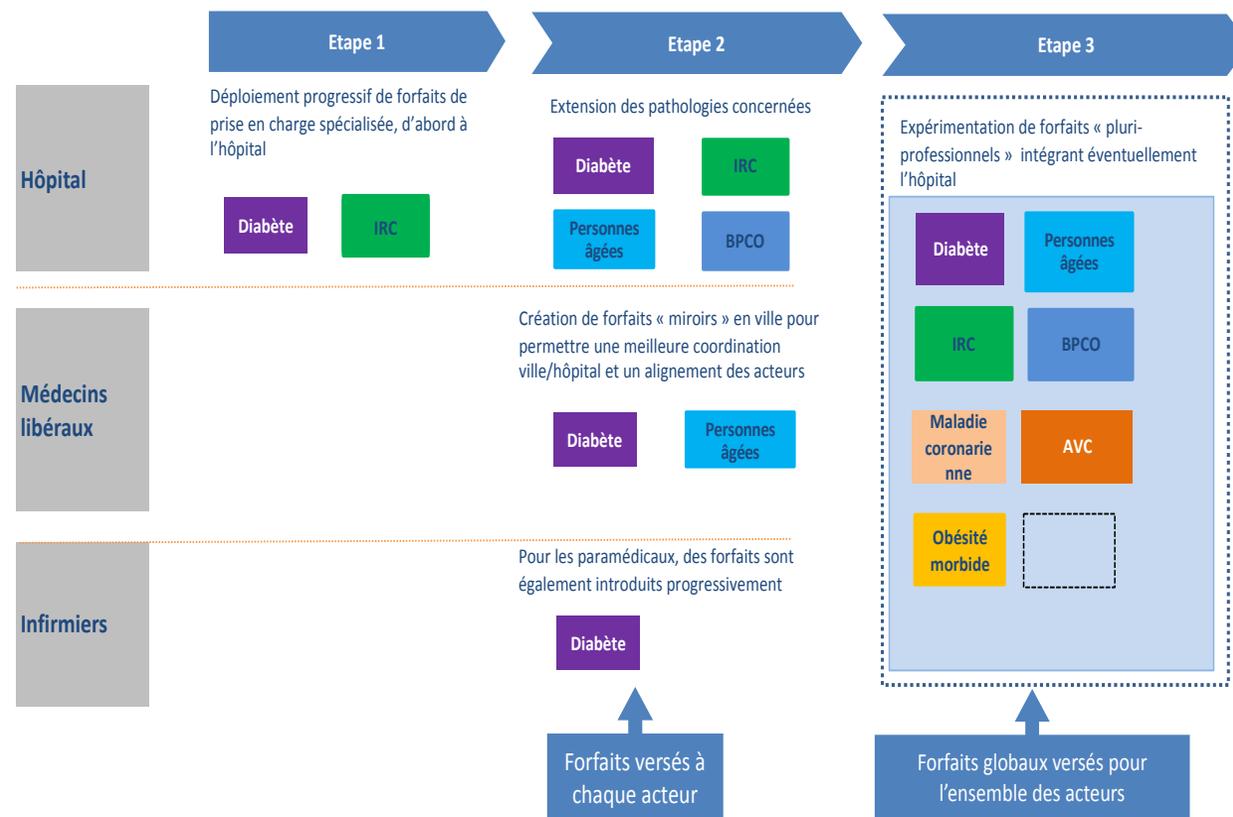
- La 1ère étape 2019 ne concerne que les établissements de santé :

→ mise en place d'un forfait 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
- 2 modalités:
 - Diabète : Forfait se substituant à la prise en charge actuelle: consultations, HDJ, FPI, hospitalisation courte
 - Maladie rénale chronique : Forfait finançant une nouvelle prise en charge

- La 2nde étape concernera :

- Les établissements de santé avec la mise en place de forfaits pour les autres pathologies chroniques
- Les médecins libéraux avec la création de forfaits « en miroir » en vue de favoriser la coordination et l'alignement des acteurs
- Les paramédicaux avec une introduction progressive de forfaits dans un 1^{er} temps pour les infirmiers



Le paiement pour le suivi des pathologies chroniques

Grandes Etapes

- La 3ème 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 forfaits s'accompagne de la mise en place d'indicateurs:

De qualité dont des indicateurs d'expérience patient

D'activité (il sera nécessaire de réaliser une activité minimale pour bénéficier de l'intégralité du forfait)

De liens entre les professionnels en charge du patient

Ville ↔ Hôpital

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 progressive **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 établissements éligibles** au forfait sous condition d'un niveau seuil de file active

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

Périmètre : Le forfait 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 les consultations externes (pour les hospitalisations de moins de 3 jours et l'HDJ → en cours d'analyse)

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

Modalités de valorisation et de versement

Valorisation nationale à partir du parcours élaboré par les sociétés savantes pour une prise en charge efficiente pour les patients en stade 4, 5 et en pédiatrie

→ Un recueil à mettre en place en parallèle : à l'entrée du patient dans le parcours puis par semestre

- ↳ **Recueil patient annuel** : nombre de consultations de néphrologue, diététicienne, séances d'ETP, modes d'entrées dans le parcours ...
- ↳ **Recueil des indicateurs**: qualité et coordination avec la ville (recueil des informations nécessaires à l'élaboration des indicateurs → travaux 2019)

Versement conditionné à la réalisation de certains éléments minimum de prise en charge prévus par le cahier des charges engageant l'établissement : au moins 1 consultation de néphrologue, de diététicienne et une séance d'éducation thérapeutique

Evolution des forfaits

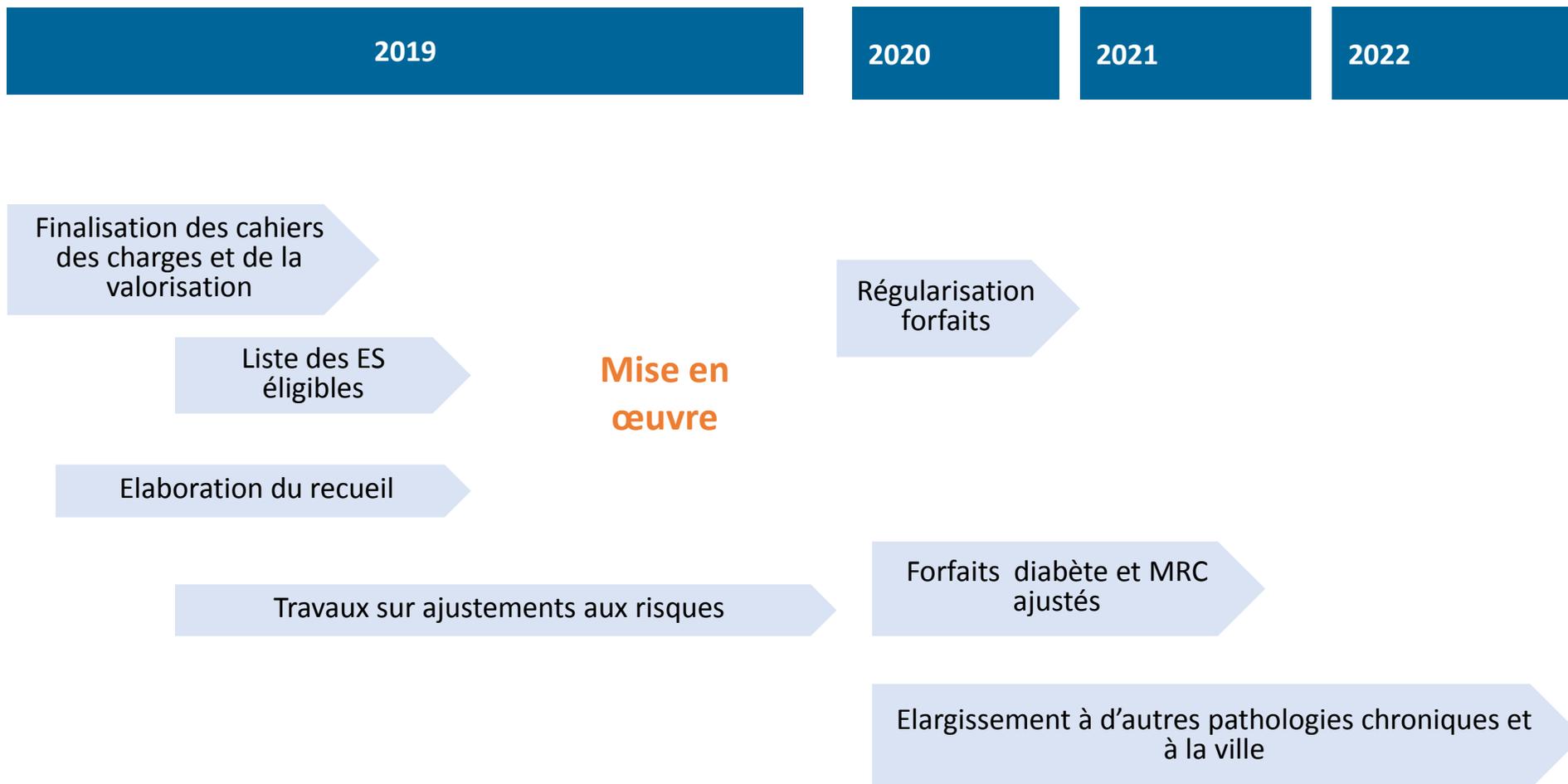
A partir de 2020 et avec un objectif en 2022 :

1. Evolution progressive vers des forfaits ajustés au risque des patients

- Pour pouvoir ajuster au risque des patients, et calibrer correctement les forfaits, il est nécessaire de disposer **en amont** d'informations médicales plus détaillées (comorbidités associées, sévérité de la pathologie...).
- Ces forfaits pourront mieux prendre en compte : comorbidités et complications, l'âge du patient, les besoins en soin, les conditions sociales ...

2. Modulation des forfaits en fonction des résultats de la qualité de la prise en charge et de l'expérience patients

4 - Calendrier et Méthode



Annexes

Périmètres du forfait : pour un patient venant consulter (ou être hospitalisé) dans un établissement

Relève du forfait

- Consultation par un néphrologue salarié (ACE)
- Consultation du diététicien, séances d'éducation thérapeutique

Point soulevé en réunion : HDJ et hospitalisation complète de moins de 3 jours pour des patients en stade 4 et 5. Travaux à mener sur les pratiques et masses actuelles en vue d'une adaptation éventuelle du périmètre et du montant du forfait

Ne relève pas du forfait

- Consultation (ACE) par un médecin non néphrologue
- Hospitalisation de plus 3 jours
- Actes techniques
- Honoraires des praticiens libéraux et équivalent pour les médecins salariés des ex-OQN

Le forfait couvre également l'activité de coordination, et les activités qui seront développées dans le cadre d'action de suivi (psychologue, pharmacie clinique, etc.)

Propositions de valorisation des forfaits MRC

2 niveaux de forfaits :

- Patients stade 4
- Patients stade 5 et enfants

Les forfaits ont vocation à financer :

- ↳ consultations initiales et de suivi des néphrologues (3 à 4 /an pour stade 4 et 5 à 6/an pour stade 5)
- ↳ missions de coordination de l'IDE
- ↳ suivi diététique
- ↳ séances d'ETP
- ↳ suivi assistante sociale
- ↳ séances de psychologue, d'APA

Et tiennent compte de frais de structure pour le fonctionnement de ces unités

Propositions de valorisation des forfaits MRC

Restant à valider selon le périmètre

4 valeurs distinctes (avec /sans honoraires des néphrologues libéraux) :

	Stade 4	Stade 5 et pédiatrie
Ex-DG	325€	440€
Ex-OQN	230€	310€

Modalités de codage

Deux modalités de codage distinctes seront mises en place :

- le codage des consultations médicales ne sera pas modifié pour ces patients **mais avec une valorisation à zéro** (pour les médecins salariés)
- un codage du « **résumé du parcours patient** » (RPP) à transmettre selon un calendrier défini :
 - lors de l'entrée du patient dans le parcours
 - puis une fois par semestre⇒ permet d'éviter l'envoi d'informations en continu.

Modalités de codage

Maladie rénale chronique :

- Identification : FINESS, IPP, âge
- Lien avec le parcours : mode d'entrée / sortie du forfait, dates d'entrée / de sortie
- Pathologie : stade pathologie, DFG, pathologies associées
- Prise en charge : nombre de consultations/séances
- Collecte questionnaire patient, envoi lettre de synthèse, mode d'admission en dialyse, date inscription registre greffe