

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

**Pr Cyrille Colin**

**Task Force Réforme du Financement**

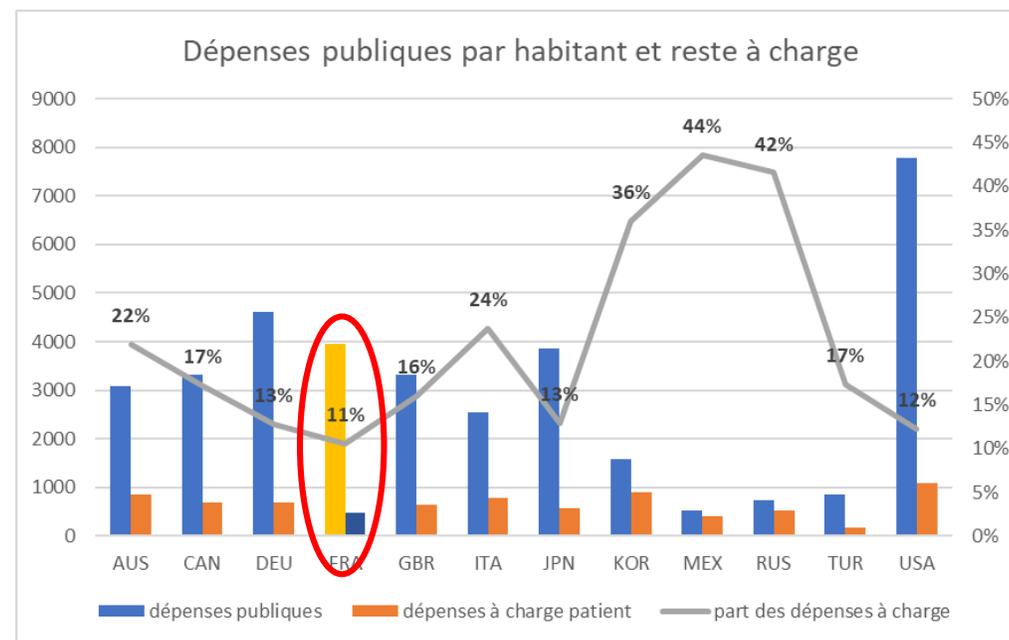
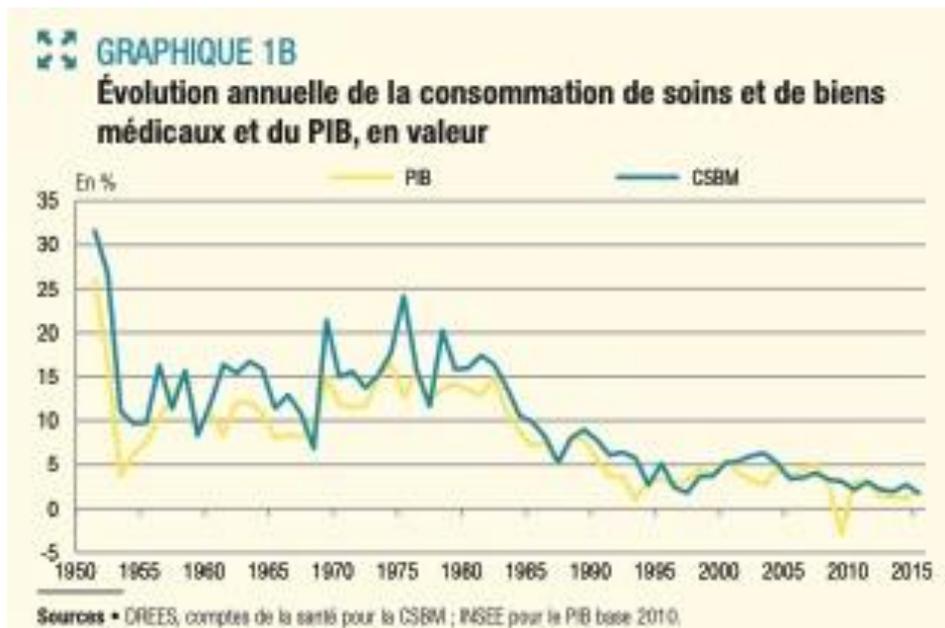


# Sommaire

- **1 - Les constats qui expliquent la nécessité de la réforme**
- **2 - La vision cible : les paiements combinés**
- **3 - Les propositions d'application**
- **4 - Calendrier et Méthode**

# 1- Les constats qui expliquent la nécessité de la réforme

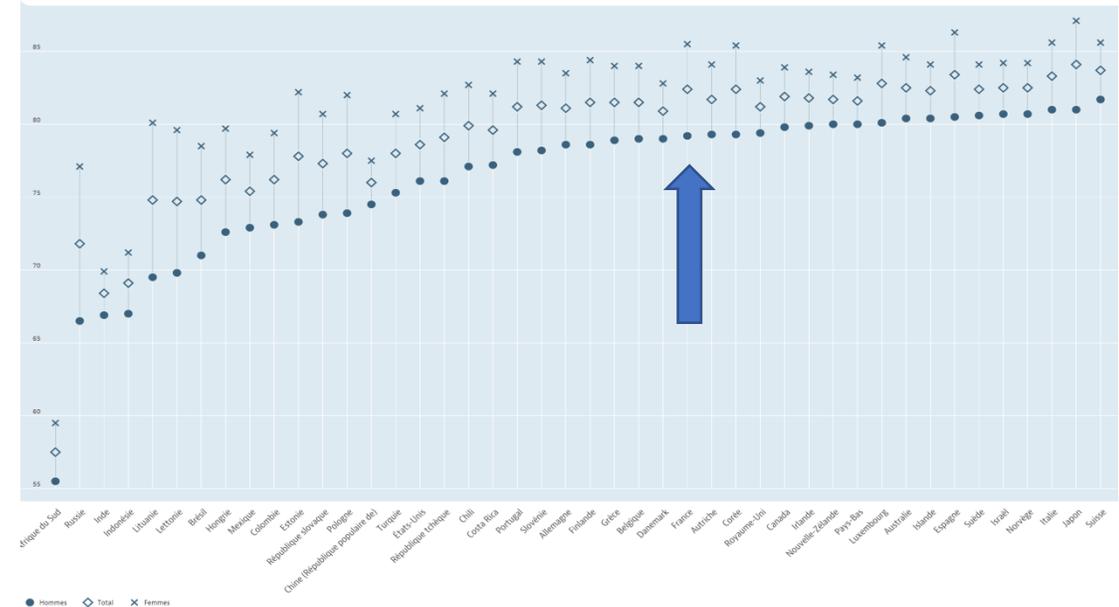
- La France se situe au 3ème rang pour le niveau des dépenses de santé derrière la Suisse et les USA
- Ce niveau de dépenses est très largement socialisé avec un reste à charge de l'ordre de 11%.
- La dynamique des dépenses est supérieure à la progression de la richesse nationale de l'ordre de 2% sur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



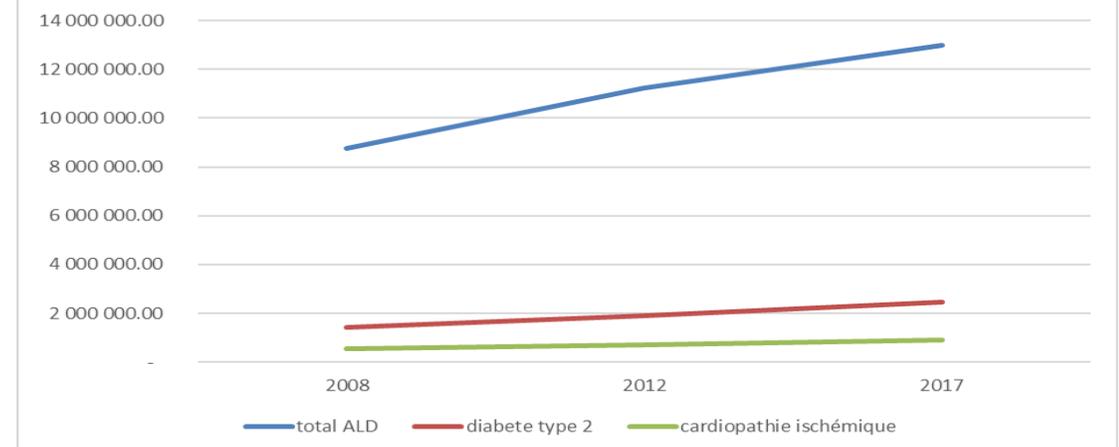
# 1- Au regard des montants investis, la France obtient des résultats contrastés

- 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.
- Le nombre de décès par suicide (10 000) est un 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 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

### 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

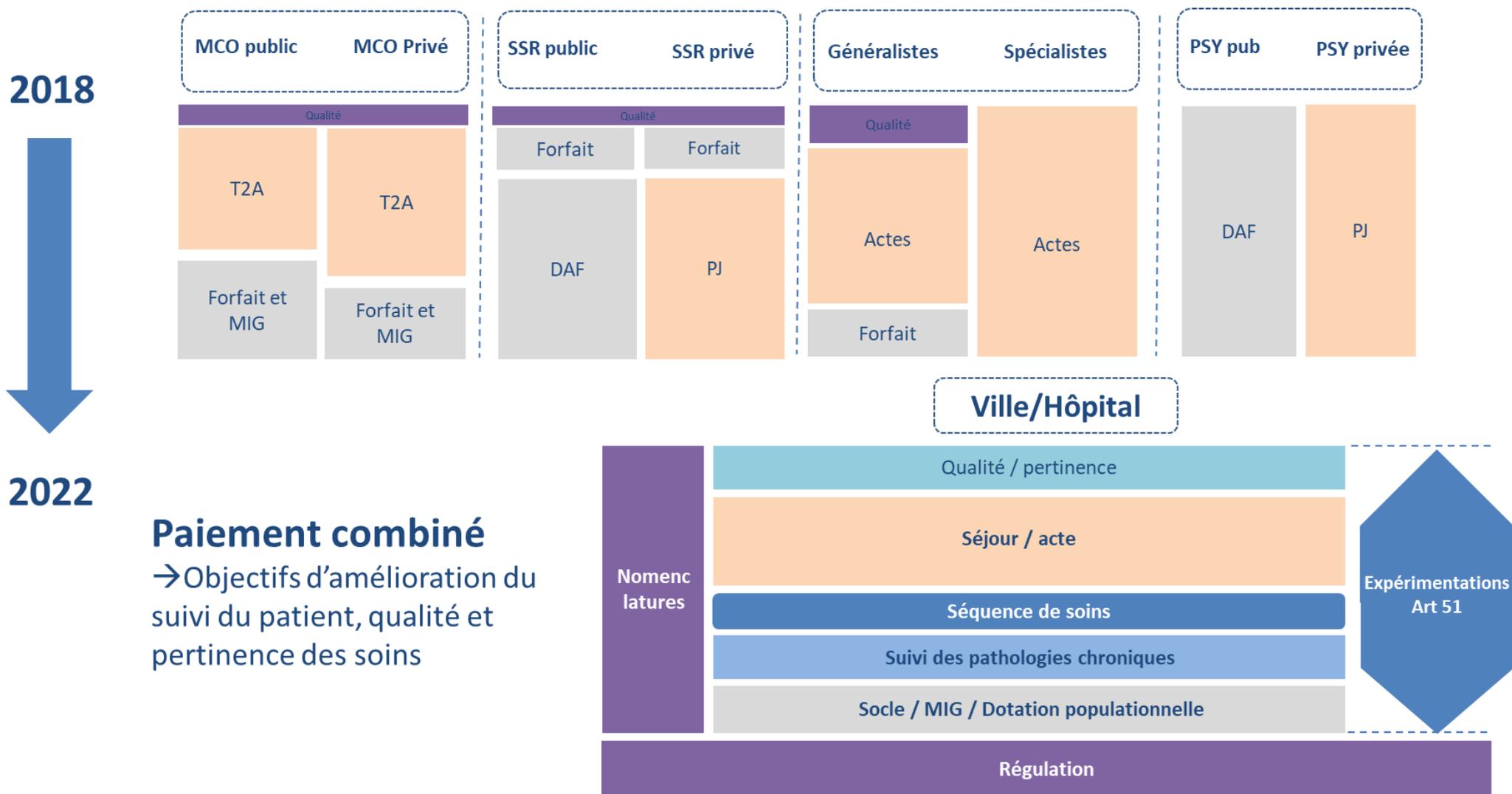
Un accès à l'innovation dans le système de santé facilité



## 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 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 ajusté au volume de patients pris en charge, 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 étapes

- **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
- **La 2ème étape** concernera
  - Les établissements de santé avec la mise en place de forfaits pour d'autres pathologies chroniques
  - Les médecins libéraux avec la création de forfaits favorisant la coordination et le rapprochement pluri professionnel
  - Les paramédicaux avec une introduction progressive de forfaits dans un 1<sup>er</sup> temps pour les infirmiers



# Le paiement pour le suivi des pathologies chroniques - grandes étapes

- **La 3<sup>ème</sup> 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:

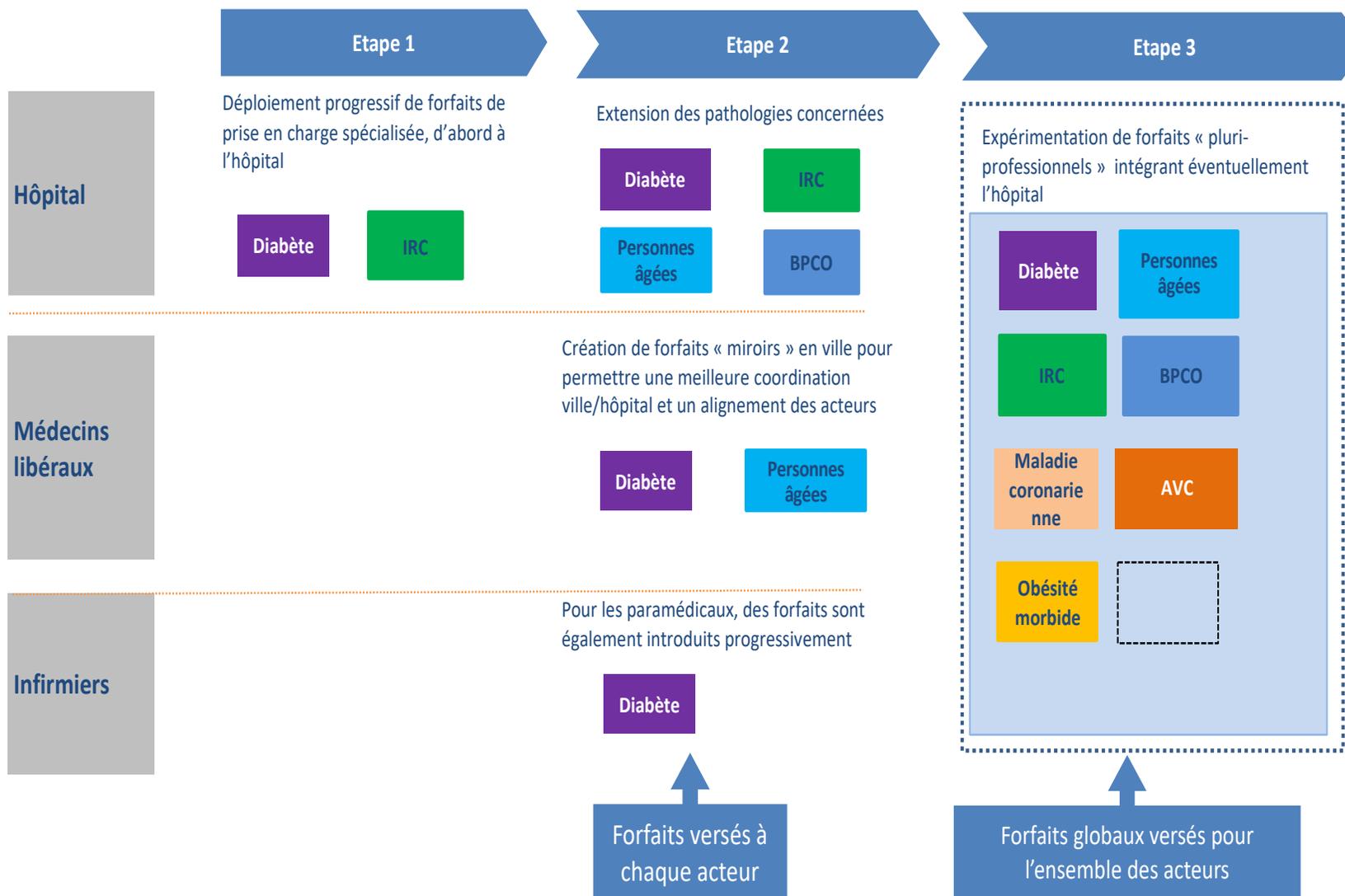
De qualité dont des indicateurs d'expérience patient

D'activité (activité minimale pour bénéficier de l'intégralité du forfait)

De liens entre les professionnels en charge du patient



# Le paiement pour le 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 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 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 et les hospitalisations de très courte durée

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

# Etablissements éligibles

- **Etablissements disposant d'une équipe structurée et dédiée à la pathologie;**
    - Médecins diabétologues/ néphrologues et/ou pédiatres spécialisés
    - Diététiciennes
    - IDE de coordination
- et**
- **Etablissements prenant en charge une file active d'au moins :**
    - Diabète : 150 patients adultes ou enfants (et 50 si file active enfants uniquement)
    - Maladie Rénale Chronique : 150 patients adultes et enfants (sous réserve)
- **Les ARS seront chargées de définir la liste des établissements éligibles de leur région :**
- ↳ une pré-liste sera transmise par l'ATIH sur la base de la file active
  - ↳ échanges avec les établissements pour élaboration de la liste définitive
  - ↳ objectif d'une liste définitive pour mai 2019

# Modalités de calcul

- **Mise en place d'un forfait pré-suppléance au 1er juillet 2019:**
    - **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

# 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

