

Parution du rapport du Ministère de la santé et des solidarités relatif à la réforme des modes de financement et de régulation du système de santé

Par Malik ALBERT, Adjoint au Directeur, Centre Hospitaliser Princesse Grace, Enseignant à l'Université de Nice

Dans un [rapport rendu public le 29 janvier 2019](#), la « task force » sur la réforme du financement du système de santé, pilotée par Jean-Marc AUBERT, préconise de **diversifier le financement des soins à travers un "paiement combiné" associant rémunération au suivi des pathologies chroniques, à la qualité et à la pertinence, à la séquence de soins, les dotations pour la structuration de l'offre, tout en révisant la tarification à l'acte et au séjour.**

Les auteurs du rapport soulignent qu'il n'existe pas un modèle de financement unique qui permettrait à lui seul d'attendre tous les objectifs poursuivis. Des modalités de paiement combinées peuvent en revanche permettre une réponse plus adaptée à la diversité des besoins des patients et favoriser les nécessaires transformations du système de santé.

La mission propose comme objectif principal de **réduire d'ici 2022 le financement à l'activité des établissements de santé à 50%, tous statuts et tous champs d'activité confondus**, contre 63% actuellement. En parallèle, de nouveaux modes de financements pour les établissements de santé, comme pour les professionnels de ville, seraient progressivement déployés.

Ainsi, **pour les prises en charge nécessitant une coordination renforcée entre les acteurs**, une des préconisations vise à **introduire progressivement des modes de financement groupés pour l'ensemble des offreurs de soins sollicités au cours de l'épisode de soins**, sur une période fixée. Le **forfait**, qui se substituerait au paiement à l'acte et au séjour, serait déterminé en fonction du coût moyen de la prise en charge médicale la plus adaptée, décrite selon des recommandations de bonnes pratiques ou d'avis d'experts. Ainsi, selon les auteurs du rapport, le forfait global obligerait les offreurs de soins à se coordonner entre eux, en évitant les actes inutiles et non pertinents, en diminuant notamment les réhospitalisations, comme le prouvent les expériences étrangères aux Etats Unis ou en Suède.

La « task force » plaide également pour **un développement accru du paiement à la qualité et à la pertinence, en demeurant toutefois dans une logique d'incitation plutôt que de contrainte**. Ce mode de financement s'inscrit dans la continuité de dispositifs proches, comme le modèle de l'incitation financière à la qualité à l'hôpital (IFAQ) pour les établissements, ou la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins libéraux, qui intègre des indicateurs d'efficacité et de prévention. Des indicateurs de résultat doivent ainsi être progressivement développés et intégrés au système de santé, en s'appuyant sur « l'expérience patient » à l'instar des PROMs (Patient-reported outcomes measures) et PREMs (Patient-reported experience measures) développés à l'étranger.

Suite à la remise de ce rapport, qui s'inscrit dans le [Plan « Ma Santé 2022 »](#), la Ministre de la santé a demandé à la Mission d'ouvrir un temps de discussion et de partage avec l'ensemble



La newsletter d'EMS

Créateur de contenu - Manager d'experts

EM Services, 25 avenue des Tilleuls - 78400 CHATOU - 06 69 92 49 16 - <http://emservice.fr>

des parties prenantes, afin de lui permettre de donner ses orientations sur la définition du schéma cible du financement du système de santé. Les premières mesures concrètes s'inscriront dans le PLFSS 2020, avec un calendrier de réforme qui s'étalera sur 3 ans.