



STRATÉGIE DE TRANSFORMATION
DU SYSTÈME DE SANTÉ

Rapport final

Modes de financement et de régulation

Jean-Marc AUBERT – Directeur de la DREES

SOMMAIRE

Le mot du pilote	2
Contexte et enjeux	3
Une productivité globalement assurée, des iniquités de financement ciblées	3
Des modes de financement qui tiennent trop peu compte de la qualité et de la pertinence des soins	4
Des modes de financement propres à chaque catégorie d'offreurs de soins qui ne sont pas favorables à la coordination et à la prévention.....	5
Description de la cible	6
Principes clés transversaux	8
Domaine 1 : tarification des soins hospitaliers	9
Mesure 1 : financement à la pertinence.....	9
Mesure 2 : financement à la qualité.....	9
Mesure 3 : Financement au forfait de pathologies chroniques	11
Mesure 4 : Rendre plus équitable le financement des établissements psychiatriques	12
Mesure 5 : Inciter les services d'urgence à réorienter les patients les plus légers	13
Domaine 2 – Soins de ville : renforcement de la médecine de premier recours.....	14
Mesure 6 : Renforcement de la médecine de 1er recours.....	14
Domaine 3 - Régulation : améliorer l'équité et la crédibilité de la régulation de l'ONDAM.....	15

| Le mot du pilote

Le financement est un des leviers essentiels de la transformation du système de santé. Il permet d'inciter les professionnels à changer leurs comportements, par exemple pour développer la prévention, prendre le temps de la coordination, ou mieux s'assurer de l'application de standards élevés de qualité et de pertinence.

Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement très variable en fonction des secteurs de soins, reposant majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers de médecine, chirurgie et obstétrique. Les autres secteurs sont financés par des enveloppes dont les fondements sont parfois très largement établis sur des bases historiques.

La transformation du financement apparaît donc nécessaire pour inciter davantage les acteurs à développer la prévention, s'assurer d'un standard élevé de qualité, rechercher une plus grande pertinence des soins et prendre le temps d'une meilleure coordination. Les évolutions apparaîtront plus ou moins importantes en fonction des types de soins et des secteurs. Elles doivent conduire à une plus grande lisibilité, indispensable pour permettre le changement, et à favoriser l'apparition et la diffusion des innovations médicales, technologiques et organisationnelles.

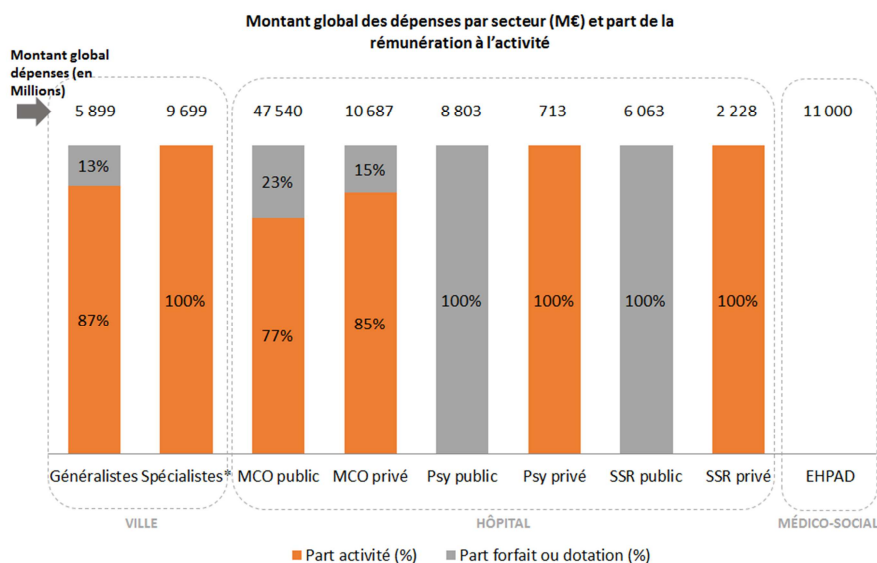
Ce rapport préconise une évolution progressive des modes de financement au cours des trois prochaines années en proposant tant une stratégie de moyen terme, cohérente avec la transformation préconisée par l'avis récent du HCAAM (avis du 24 mai 2018) et globalement avec les différents chantiers de transformation, ainsi que des mesures immédiates pour 2019. La taskforce qui la produit proposera d'ici la fin de l'année 2019 des mesures supplémentaires qui pourront être mises en œuvre en 2020 et 2021.

Contexte et enjeux

Les modes de financement actuellement en vigueur au sein du système de santé assurent globalement la productivité de ce dernier mais ne permettent ni de discriminer la qualité offerte ni d'assurer au bénéfice du patient une coordination efficace entre les acteurs.

Une productivité globalement assurée, des iniquités de financement ciblées

Les différents acteurs du système de santé bénéficient de deux modes de financement. Le premier lié à l'activité (paiement à l'acte, tarification à l'activité, paiement à la journée etc...) garantit la productivité et la réactivité du système. Le second lié à la réalisation de certaines missions (financement au forfait, dotation annuelle etc...) assure la permanence des missions ou des activités. Le tableau ci-dessous offre une vision générale de l'utilisation des deux principaux outils selon les secteurs d'activité (Ondam 2016).



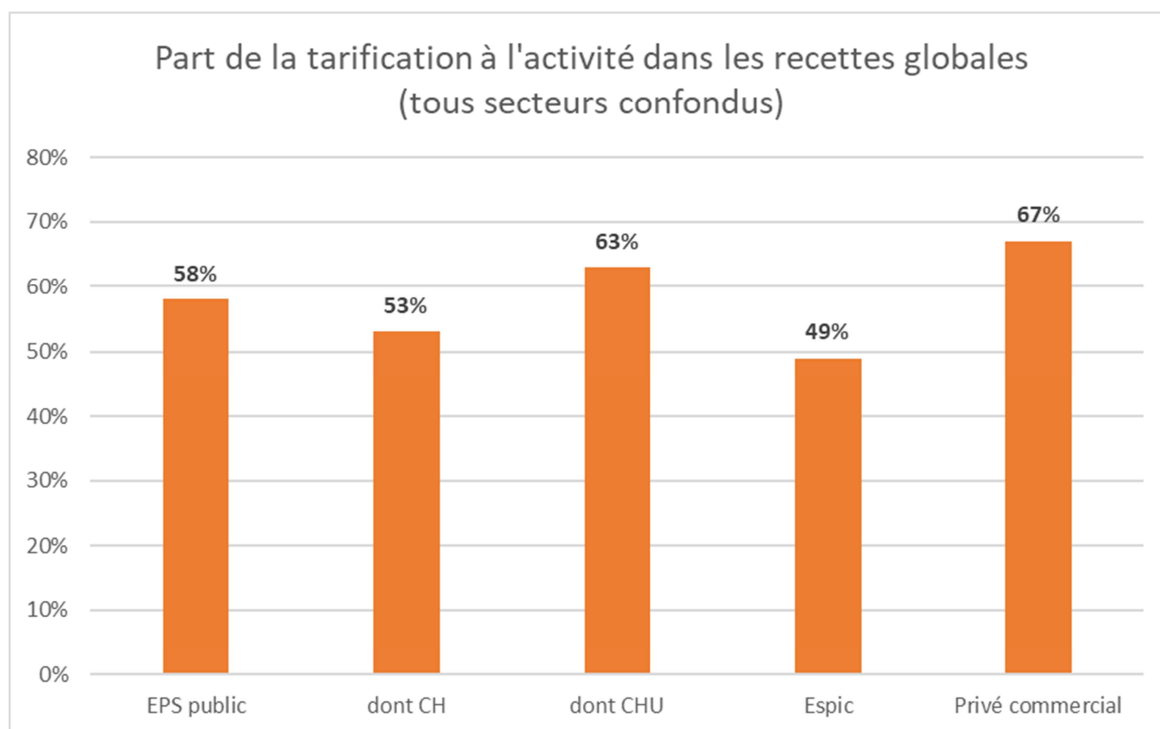
* La part de rémunération à l'acte des médecins spécialistes excède 100% du fait des participations forfaitaires et assurés portant la part des rémunérations forfaitaires hors ROSP à -1,5%. La part ROSP représente 0,34% des honoraires.

Deux remarques principales peuvent être tirées de cette représentation :

- La médecine de ville, les secteurs MCO public et privé assurent globalement la productivité du système grâce à une rémunération majoritairement à l'activité. Ce mode de rémunération garantit à chaque patient de trouver un professionnel dans un délai raisonnable (hors zone en tension démographique médicale).
- Les secteurs psychiatrie et SSR sont partagés entre des acteurs rémunérés à la dotation et ceux rémunérés à l'activité. Cette iniquité explique, pour une grande part, les différences de dynamique observées dans chacun d'entre eux.

Par ailleurs, avec la liste en sus (médicaments et dispositifs médicaux) dont le coût global est de 5 milliards d'euros, le système de financement actuel assure un accès aux soins les plus coûteux à chaque patient.

La représentation précédente doit être complétée par une vision par catégorie d'acteurs hospitaliers du mode de financement.



La part des tarifs (T2A) dans le financement des établissements varie de 49% (ESPIC) à 67% (établissements privés). Pour les établissements publics, cette part se situe à 58%.

Des modes de financement qui tiennent trop peu compte de la qualité et de la pertinence des soins

Le système de santé est un système économique à prix administrés. Ces derniers sont fixés par les pouvoirs publics et les dérogations possibles (secteur 2 pour la médecine de ville et TJP pour l'hôpital) ne le sont qu'au titre des statuts ou de droits acquis par les professionnels de santé ou les établissements. Un tarif de soin supérieur n'est donc pas synonyme d'une qualité supérieure.

L'introduction du CAPI en 2009 (devenu le ROSP en 2012) pour la médecine de ville et du programme IFAQ (Incitations Financières à l'Amélioration de la Qualité) pour le secteur hospitalier en 2012 (première incitation financière en 2016) ont donc constitué une évolution importante. Toutefois, leurs montants financiers respectifs (50 M€ en 2018 pour les établissements de santé) et/ou la lisibilité des dispositifs tend à nuire à leur caractère incitatif. Par ailleurs, les indicateurs pris en compte pour déterminer l'allocation de ressources complémentaires portent pour beaucoup sur des moyens mis en œuvre et peu sur des résultats cliniques ou sur la satisfaction des patients.

En outre, le système actuel de paiement à l'acte et de tarification à l'activité induit des risques de réalisation d'actes non pertinents, redondants voire inutiles. La complexité et la lourdeur des échelles de tarification (GHS et CCAM), les contrôles peu suivis d'effets et le lien direct entre la

rémunération individuelle et la réalisation des actes expliquent largement ces risques. Au-delà de l'éventuel impact financier, qui reste difficilement quantifiable, il s'agit avant tout d'un sujet de qualité des soins.

Des modes de financement propres à chaque catégorie d'offreurs de soins qui ne sont pas favorables à la coordination et à la prévention

Les modes de financement pour la prise en charge d'un patient par plusieurs catégories d'offreurs de soins (intervention prothèse de hanche suivie d'une rééducation, suivi au long cours d'une insuffisance cardiaque par exemple) ne favorisent pas la recherche d'une articulation entre les acteurs. A l'heure actuelle, c'est bien plus le patient qui fait le lien entre les acteurs du système que les acteurs qui se lient au bénéfice de celui-ci. L'absence de rémunération de la fonction de coordination entre les différents acteurs induit que chacun va chercher à maximiser son intérêt plutôt que de rechercher le parcours efficient pour le patient.

Si des modalités de coopération se développent au sein des différents secteurs (nombre de groupements de coopération sanitaire dans le secteur hospitalier, nombre de maisons de santé au sein du secteur libéral par exemple), la coordination inter-secteurs est balbutiante et risque de générer des coûts inutiles pour le patient et le système de santé (examens inutiles, prescriptions trop importantes).

En outre, la tarification actuelle valorise insuffisamment la prévention, notamment secondaire et tertiaire dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques.

Description de la cible

Les modes de financement doivent nécessairement s'adapter à l'organisation souhaitée de la production des soins, aux évolutions épidémiologiques, à l'état de l'art médical et aux technologies.

En ce qui concerne l'organisation des soins, nous avons retenu le scénario de rupture du HCAAM qui correspond à peu près au type d'organisation des soins que mettent en place la plupart des pays européens, un réseau de soins de proximité structuré dont l'activité se coordonne avec des établissements de soins recentrés sur leurs missions de recours et d'expertise.

Les évolutions épidémiologiques, vieillissement et forte croissance des pathologies chroniques, conduisent à privilégier l'incitation à une prise en charge au long cours du patient intégrant une activité de prévention des complications.

Enfin, il est essentiel que les modes de tarification et surtout leurs paramètres, nomenclatures et tarifs, s'adaptent à un rythme suffisamment rapide pour favoriser l'adoption des innovations et l'abandon de pratiques dont les impacts ont été jugés inférieurs à d'autres (mortalité, morbidité, besoins de soins de suite, ...).

L'élaboration de la tarification doit par ailleurs prendre en compte les difficultés intrinsèques au fonctionnement du système de santé et de la couverture assurantielle et solidaire des soins.

La première difficulté est l'asymétrie d'information qui existe tant entre le patient et les professionnels de santé qu'entre le financeur ultime et ces derniers. En effet, même si des indicateurs sont développés, il est en fait très difficile tant pour le financeur ultime, l'Etat et l'assurance maladie, que pour le patient de s'assurer pleinement tant de la qualité que de la pertinence des soins. En effet, les résultats ne sont pas souvent très observables et, quand ils le sont, souvent accompagnés d'aléa lié à l'état du patient.

La seconde difficulté est l'aléa moral. Afin de favoriser l'accès égal au soins, plus de 90% des dépenses sont couvertes par l'assurance maladie et les assurances complémentaires, dont plus de 75% par le seul secteur public. Cela évite que le coût des soins soit un frein pour nos concitoyens pour bénéficier de la meilleure santé possible, ce qui est un acquis fondamental. En revanche, cela a un inconvénient que le système de financement doit prendre en compte : le niveau des coûts intervient peu dans les choix des parties prenantes, alors qu'il paraît souhaitable que quand des alternatives existent, à niveau de qualité égale, il faut favoriser la moins coûteuse. Ainsi, des mécanismes spécifiques doivent être mis en place pour favoriser de tels choix.

Notre recommandation est donc, à l'image de ce qui existe dans de nombreux pays, de mettre en place une tarification mixte pour l'ensemble des producteurs de soins, complétée par un système de régulation microéconomique et macroéconomique.

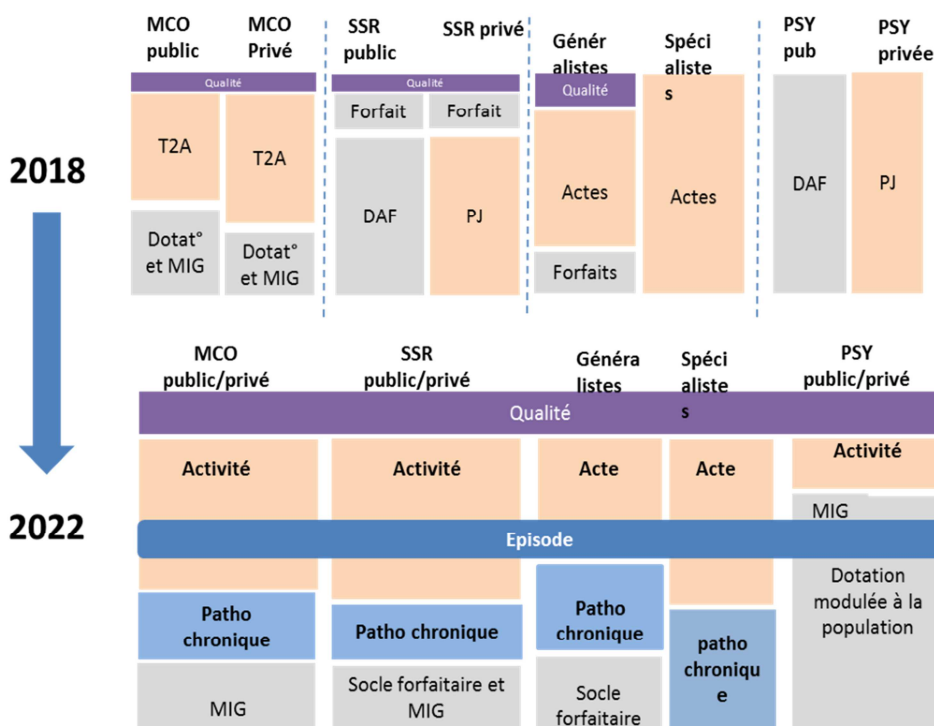
Concrètement, nous proposons que :

- **La tarification à l'acte ou à l'activité soit combinée avec d'autres modes de rémunération plus forfaitaire pour garantir à la fois productivité, réactivité, pertinence et suivi préventif des malades chroniques.** La France est aujourd'hui le seul pays occidental où la rémunération des médecins généralistes est composée à plus de 80% d'un paiement à l'acte. Cette proportion atteint au maximum 50% dans les autres grands pays. Cette évolution est logique car il s'agit moins de payer des actes que de suivre, au long cours, des patients. Pour l'hôpital la situation est plus contrastée. En effet, en tant que structure de recours, l'hôpital doit être incité à la productivité pour éviter la création de files d'attente. La proportion de tarification à l'activité doit donc être plus importante pour atteindre cet objectif, mais les

autres modes de paiement (épisode, forfait par ex) permettent de recentrer les acteurs de soins sur le suivi, la prévention et la coordination des soins.

- **La tarification à la qualité (mesurée sous forme de résultat), incitatif majeur pour les professionnels et une garantie pour le patient, doit être généralisée.** Déjà présente pour les médecins généralistes à travers la ROSP et plus marginalement pour les structures MCO et SSR, le paiement à la qualité aura vocation à englober l’ensemble des producteurs de soins (psychiatrie, médico-social).
- **La structuration des soins de ville doit être favorisée pour engager la réorientation des pratiques et l’amélioration du suivi des patients chroniques et réduire les hospitalisations.** Cette structuration ne peut être du seul apanage des mesures de financement et demandera une cohérence de l’action publique durant plusieurs années et dans plusieurs domaines (numerus clausus, système d’information, simplification du droit).
- **Les nouveaux modes de rémunération incitent à une plus grande pertinence des actes et différentes prescriptions.** La France reste à un niveau de consommation de médicaments par habitant élevé au regard des autres pays, et de nombreux recours ne sont pas justifiés (ex. antibiotiques). Les examens de biologie ou d’imagerie sont nombreux et parfois redondants, et les dépenses de transport semblent plus dynamiques que justifiées.

Ces orientations permettent de proposer la cible suivante en matière de financement du système :



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.

| Principes clés transversaux

En modifiant les incitations existant dans le système actuel, la réforme des modes de financement et de régulation doit permettre de faire évoluer les comportements des acteurs à court et à long terme, dans le sens souhaité par la transformation du système de santé : davantage de coopération, davantage de prise en compte de la qualité et de la pertinence des soins, davantage d'attention portée à la prévention, davantage d'efficacité. L'atteinte de ces objectifs suppose de respecter les trois principes suivants.

Les mesures doivent être pensées dans l'intérêt du patient et être porteuses de sens pour les professionnels de santé. Les patients et les professionnels de santé expriment des attentes fortes : les patients sont en demande de qualité des soins et d'une prise en charge qui se fasse à un niveau plus global et coordonné entre les différents acteurs du système de santé ; les soignants sont en demande de sens et d'un financement plus en lien avec leur pratique quotidienne. Les mesures proposées doivent contribuer à la prise en compte de ces aspirations, afin d'assurer que la transformation du système de soins se fasse dans le sens souhaité.

Les mesures doivent être simples et lisibles. Une incitation ne vaut que si elle est comprise et que si les acteurs auxquels elle s'applique peuvent en mesurer et en anticiper les effets. La simplicité et la lisibilité de l'incitation doivent pouvoir être combinées avec la stabilité du système d'indicateurs. Les modifications de celui-ci doivent donc être annoncées au préalable afin que les acteurs puissent se préparer aux évolutions.

Les mesures doivent favoriser l'innovation. Peut-être plus encore que dans d'autres secteurs économiques, l'innovation (technique et organisationnelle) représente dans le domaine de la santé un enjeu fondamental. Elle est en effet au cœur de l'amélioration des soins apportés au patient. Dès lors, le système de financement doit favoriser l'émergence des innovations et leur diffusion au sein des différents secteurs.

L'établissement de nouveaux modes de financement ne saurait à lui seul embarquer l'ensemble des changements souhaités. La transformation du système doit aussi s'appuyer sur des changements de gestion des ressources humaines, de gouvernance globale du système, d'une clarification des responsabilités des différentes parties prenantes.

Domaine 1 : tarification des soins hospitaliers

Mesure 1 : financement à la pertinence

Description de la mesure

Le système de financement actuel ne permet pas d'éviter le financement d'actes non pertinents. L'hétérogénéité du recours à certains gestes sur le territoire est suivie depuis de nombreuses années et la mesure proposée vise à réduire celle-ci en incitant les acteurs à moduler le volume produit.

L'objectif est de cibler des régions pour lesquelles les taux de recours à certains gestes ou spécialités s'écartent significativement de la moyenne nationale (plus de deux fois l'écart type). Pour ces régions et au sein de celles-ci dans les départements concernés et pour ces gestes ou activités, une partie de l'activité (environ la moitié) serait financée forfaitairement et le reste le serait au GHS mais avec un tarif divisé par 2.

La mesure est accompagnée par un dialogue entre les établissements concernés et les ARS sur la base des guides de bonnes pratiques rédigés par les ARS.

La mesure est révisable dès lors que les départements concernés sont revenus dans la dispersion "normale" pour les gestes concernés.

Bénéfice pour les patients

La mesure de désincitation du volume vise à éviter des actes inutiles ou non pertinents. Elle est donc directement en lien avec la qualité attendue pour le patient. Les risques évités par le patient sont nombreux : risques opératoires, risques de complications post opératoires, consultations et rééducation post opératoires inutiles.

Mesure 2 : financement à la qualité

Description de la mesure

Le système de tarification actuel doit être complété d'incitations à améliorer la qualité et la pertinence de soins. En effet, les gains de productivité réalisés dans les établissements dans un contexte de croissance de l'activité et de ressources contraintes peuvent être obtenus au détriment de la qualité des soins, qui doit donc être encouragée pour éviter ces effets pervers.

Cette incitation à la qualité a vocation à concerner l'ensemble du système de soins : soins de ville, HAD, SSR, EHPAD, psychiatrie et MCO. En 2019, seuls les établissements de santé (MCO, SSR et HAD) seront concernés mais l'incitation à la qualité sera étendue progressivement à l'ensemble des secteurs.

A partir d'une série limitée d'indicateurs qualité transversaux, les établissements recevront une dotation financière. Celle-ci représentera une part significative de leur financement afin d'être incitative. Un malus pourrait être prévu à partir de 2020, éventuellement sur la base d'indicateurs de non-qualité.

La dotation est calculée à la fois à partir de la progression de l'établissement par rapport à lui-même et au sein de sa catégorie. La catégorie est liée à la variété du case mix et au nombre de séjours de l'établissement.

Les indicateurs qualité, peu nombreux en 2019, seront progressivement complétés tout en restant limités (10 maximum). Pour 2019, les indicateurs retenus seront ceux d'ores et déjà disponibles, mais à terme, les indicateurs retenus comprendront des indicateurs de résultat, et le cas échéant des indicateurs d'expérience patients et soignants. Ces indicateurs pourront évoluer, mais toute évolution est annoncée avec au moins une année d'avance (test des nouveaux indicateurs durant une année), afin de donner de la visibilité aux établissements.

A terme, le dispositif sera complété par ;

- Des mesures d'accompagnement des établissements pour permettre l'amélioration de la qualité
- De la transparence sur les résultats des établissements, à destination du grand public.

Bénéfices pour le patient

Plusieurs bénéfices patients sont attendus :

- Amélioration de la qualité des soins
- Meilleure prise en compte de l'accueil des patients et des accompagnants
- Meilleure coordination hôpital/soins de ville

Autres bénéfices

La prise en compte de la qualité dans le modèle de financement est de nature à rapprocher ce dernier de l'expérience des soignants et des patients et permet ainsi de donner davantage de sens à leur action/vécu.

Mesure 3 : Financement au forfait de pathologies chroniques

Description de la mesure

L'objectif est d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques en incitant à une prise en charge globale et coordonnée par les différents acteurs via un mode de financement forfaitisé.

A terme, les forfaits devraient être définis pour un suivi annuel global du patient quel que soit son mode de prise en charge, et modulés en fonction d'indicateurs de résultats.

Dans un premier temps et pour l'année 2019, l'objectif est d'initier la forfaitisation sur la prise en charge hospitalière pour deux prises en charge ciblées : le diabète et l'insuffisance rénale chronique. Les financements seront forfaitisés en tenant compte de la file active de patients. La mesure vise ainsi à inciter les établissements de santé à davantage de prévention et de coordination avec la ville, en vue de réduire le nombre d'hospitalisations liées à des complications. La mise en place de nouvelles modalités rapprochant la médecine de ville et les services de spécialité et organisant la coordination des parcours de patients atteints de maladies chroniques est à promouvoir.

Bénéfices pour le patient

Ce mode de financement a pour objectif de favoriser la qualité et pertinence des soins en incitant le coordinateur du parcours à retenir les modes de prise en charge les plus adaptés au patient, en développant les actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient visant à limiter les complications

Autres bénéfices

Cette mesure a également comme effet d'inciter à une coordination des acteurs ville / hôpital / voire également médico-social

Mesure 4 : Rendre plus équitable le financement des établissements psychiatriques

Description de la mesure

Il existe de fortes inégalités de répartition d'équipements et de moyens en psychiatrie, selon les territoires départementaux et les établissements.

En 2019, la mesure concernera les établissements publics de psychiatrie. Les dotations régionales seront modulées en fonction de la population (majeure et mineure) et de leur niveau de précarité, afin de mieux prendre en compte la sectorisation de l'établissement et la lourdeur des prises en charges pour la psychiatrie infanto-juvénile. Les taux de fuite et d'attractivité au niveau des régions seront pris en compte. Le financement de la pédopsychiatrie pourrait être identifié et suivi.

Pour l'intrarégional, la modulation serait effectuée par l'ARS sur la base des travaux d'harmonisation effectués par la DGOS.

Dans un second temps, une part modulable au moyen de quelques indicateurs, notamment de qualité des prises en charge et/ou de prise en compte de la file d'attente, pourrait être ajoutée.

En outre, la réforme du financement de la psychiatrie a vocation à concerner les cliniques et quelques établissements privés à but non lucratif, dits sous objectif quantifié national (OQN). Ces établissements bénéficient d'un financement à l'activité, fondé sur des tarifs par prestation (principalement par journée d'hospitalisation). Une harmonisation des financements entre ces deux composantes du système de soins pourrait être recherchée.

Bénéfices pour le patient

Améliorer l'équité de traitement des patients sur tout le territoire national

Autres bénéfices

Renforcer les moyens de la psychiatrie infanto-juvénile

Mesure 5 : Inciter les services d'urgence à réorienter les patients les plus légers

Description de la mesure

L'objectif est d'inciter les services d'urgence à se recentrer sur la prise en charge des patients les plus lourds nécessitant une intervention hospitalière et à les inciter à réorienter les patients plus légers vers une prise en charge en ville.

Un forfait de coordination sera créé et versé aux services d'urgence pour chaque patient qui serait réorienté vers la médecine de ville, vers une maison médicale de garde ou vers une consultation hospitalière. Sa valeur varierait selon la spécialité de réorientation et ne pourrait se cumuler avec l'ATU. Le versement du forfait sera conditionné à la fixation d'un rendez-vous médical.

Un forfait de consultation d'urgence, englobant l'ATU, serait créé.

De manière à permettre aux établissements de s'organiser pour réaliser cette réorientation, l'année 2019 serait une année de mise en place des différents vecteurs de financement mais sans conséquence sur leurs équilibres de ressources. En 2020, le modèle de financement global sera révisé.

Bénéfices pour le patient

Meilleure orientation du patient et adéquation de la prise en charge à son état. On peut estimer aussi que la réorientation des patients permettra de réduire l'attente des patients relevant des services d'urgence.

Autres bénéfices

Désengorgement des services d'urgences

Domaine 2 – Soins de ville : renforcement de la médecine de premier recours

Mesure 6 : Renforcement de la médecine de premier recours

Description de la mesure

L'objectif de la mesure est de renforcer l'offre de premier recours. La mesure favorise l'exercice de groupe qui permet probablement un meilleur niveau de qualité de prise en charge, une plus grande attractivité pour les professionnels, et est un préalable à la transformation du système de soins.

La mesure vise à financer une infirmière ou une assistante médicale pour les regroupements de trois médecins généralistes libéraux au moins, quel que soit leur mode d'exercice (cabinet de groupe, maisons et pôles de santé, communautés professionnelles territoriales de santé...).

Cette infirmière pourrait avoir plusieurs rôles : l'accompagnement des patients chroniques comme dans le programme Asalée, la préparation des consultations en amont de la consultation ou la prise de paramètres biologiques (taille, poids, tension, questionnement du patient...).

Bénéfices pour les patients

Le patient dispose ainsi d'un interlocuteur soignant plus accessible et susceptible de lui apporter son concours entre deux consultations médicales.

L'exercice regroupé est un levier majeur pour améliorer l'accès aux soins. Le travail en équipe permet notamment d'augmenter le temps médical des médecins généralistes. Dans le cadre de l'expérimentation Asalée, une augmentation de 7 à 10% de la patientèle suivie par les médecins participant à ces structures a pu être observée.

Quelles que soient les modalités retenues, l'exercice coordonné permet notamment de renforcer le suivi des pathologies chroniques dans le secteur ambulatoire. Ce mode d'exercice permet en effet de renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients et d'éviter le recours aux urgences et certaines hospitalisations.

Autres bénéfices

Une prise en charge efficace par les soins primaires permet d'éviter le recours aux urgences et certaines hospitalisations pour les personnes atteintes de maladie chronique.

Par ailleurs une meilleure structuration des soins de ville doit améliorer les conditions de travail des professionnels de santé. En effet, les conditions de travail qu'implique l'exercice isolé (difficulté d'accès à la formation et à la recherche, absorption d'une partie du temps médical par des activités extérieures à l'exercice soignant, notamment des activités de nature administrative ou logistiques) ne correspondent plus toujours aux aspirations des jeunes médecins notamment.

Enfin, la structuration des soins de ville est un préalable à la transformation du système de soins. La mutation de l'hôpital, et notamment le virage ambulatoire, est désormais limitée par la capacité de la médecine ambulatoire dans son ensemble à prendre en charge les personnes hors de leur séjour hospitalier.

Domaine 3 - Régulation : améliorer l'équité et la crédibilité de la régulation de l'ONDAM

Description de la mesure

Depuis 2010, le pilotage de l'ONDAM a connu des évolutions majeures. A la suite du rapport Briet et du constat sévère dressé sur la gestion de l'ONDAM (aucun objectif respecté depuis 1997), son pilotage a été fortement resserré, en particulier grâce à des mesures de régulation centrées sur les établissements de santé introduites en réponse aux dépassements observés sur ce secteur.

Le contexte a changé depuis, puisque le sous-objectif établissements de santé est sous-exécuté depuis 2010. A l'inverse, le sous-objectif soins de ville est en dépassement depuis 2015, en raison notamment de l'impact annuel des dépassements passés (effet base) et de la reprise depuis 2016 d'une dynamique forte sur les indemnités journalières, les actes techniques des spécialistes ainsi que sur l'innovation pharmaceutique. Les mécanismes de régulation doivent être revus en conséquence pour assurer la responsabilisation des acteurs et la crédibilité de la régulation.

En outre, la gestion annuelle de l'ONDAM ne permet pas de donner une visibilité suffisante aux acteurs du système de santé. La contribution des différents secteurs au respect de l'ONDAM doit être plus équitable et anticipable par les acteurs.

La mesure proposée s'articule autour de deux aspects complémentaires :

- un renforcement des outils de régulation infra-annuels avec des mécanismes d'alertes qui peuvent se déclencher également par sous-objectifs de l'ONDAM ;
- une vision pluriannuelle avec un fonds de lissage qui encourage la gestion rigoureuse de l'ONDAM en permettant de réutiliser ultérieurement d'éventuelles sous-exécutions d'une part et d'autre part le développement d'accords de modération et de pertinence ayant vocation à permettre une meilleure régulation des dépenses en pluri-annuel.

Bénéfices pour le patient

Une régulation plus équitable a pour objectif d'accroître l'efficacité du système de soins en favorisant les économies pertinentes

Autres bénéfices

Responsabilisation des acteurs, meilleure maîtrise de l'ONDAM