

Le paiement au suivi : améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques

Sandrine Billet - Task Force Réforme du Financement



Le paiement au suivi des 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 nécessite un suivi au long cours qui comprend des interventions pluri-professionnelles centrées sur les déterminants de la maladie autant que sur les soins
- 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 paiement au suivi prenant en compte le volume de patients pris en charge, les conditions médicales et sociales du patient et la qualité du résultat 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 actuel n'a pas été conçu pour rémunérer le suivi effectué par les professionnels de ville et les établissements de santé.

Les grandes étapes

- **La 1ère étape 2019 concerne les établissements de santé :**
 - Mise en place d'un forfait de transformation de la prise en charge pour le diabète et la maladie rénale chronique au stade 4 et 5 avant suppléance
- **La 2nde étape concernera :**
 - Les établissements de santé avec la mise en place de forfaits pour d'autres pathologies chroniques
 - Les professionnels libéraux (professions médicales et paramédicales) avec la création de forfaits « en miroir » en vue de favoriser la coordination et l'alignement des acteurs
- **En parallèle sont expérimentés** des forfaits globaux versés à l'ensemble des acteurs : expérimentation des forfaits pluri-professionnels dans le cadre de l'article 51 (PEP/IPEP...)

1^{ère} étape 2019: Paiement au suivi au sein des 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, professionnels paramédicaux (infirmier(ère) avec des missions de coordination, diététicien(ne), éventuellement 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 pathologies

- **Des ateliers de co-construction** avec les sociétés savantes, CNP, associations de patients, fédérations hospitalières, syndicats médicaux ... en vue de définir les modalités de prises en charges, le périmètre des patients, les prestations, le modèle de financement ...
- **Un recueil du parcours patient** à mettre en place progressivement et en limitant le nombre de données à recueillir
- 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**
- **Des établissements éligibles** au forfait sous condition d'un niveau seuil de file active et avec l'engagement de mettre en place une équipe spécialisée

Périmètre des patients concernés

- **MRC** : Le paiement au suivi concernera 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)

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

- **Diabète** : Patients diabétiques de type 1 ou de type 2, enfants ou adultes, nécessitant une prise en charge par une équipe spécialisée.

Sont exclus du forfait: Episodes de soins nécessitant une hospitalisation pour complication aiguë, comorbidités sévères ou pour difficultés majeures d'apprentissage et de mise en œuvre des traitements adaptés.

Concrètement, ne sont pas pris en charge par le financement suivi les hospitalisations pour des motifs (DP, DR) autres que le diabète

Etablissements éligibles

La condition pour être éligible sera d'atteindre un seuil de file active de patients :

- Le seuil de file active est en cours de discussion avec les acteurs

Par ailleurs, les établissements éligibles devront s'engager à mettre en place une équipe structurée avec :

- Médecins spécialistes et/ou pédiatres spécialisés
- Diététiciennes
- IDE de coordination
- Autres professionnels para médicaux, patients experts...

Modalités de financement

Plusieurs modalités de financement ont été travaillées en atelier avec les représentants des professionnels, des établissements et des associations de patients :

- **Orientation vers une part de financement garantie ou socle** visant à financer une équipe minimum et un **financement à la file active** permettant le suivi annuel de chaque patient
- **Evolution progressive avec**
 - Un ajustement en fonction des caractéristiques des patients
 - Une modulation en fonction des résultats de la qualité de la prise en charge et de l'expérience patients

Mise en place d'un recueil parcours patient

Un recueil de données à mettre en place en parallèle est également travaillé en ateliers dans ses modalités pratiques et son contenu :

Recueil 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**: indicateurs qualité et **coordination avec la ville** (lettre de synthèse au MT détaillant le PPS)

Calendrier et Méthode

