



Conseil stratégique d'innovation en santé

Réunion du 24 janvier 2019

1. Introduction par la Ministre
2. Bilan à un an
3. Perspectives

Bilan 2018

Une approche itérative et collaborative

L'article 51

Une invitation à penser différemment en sortant du cadre



Un dispositif ouvert fondé sur une nouvelle manière de travailler privilégiant le mode collaboratif et la confiance



Une démarche itérative à toutes les étapes du processus incluant échanges et dialogue

Qui percute les organisations en place et les habitudes

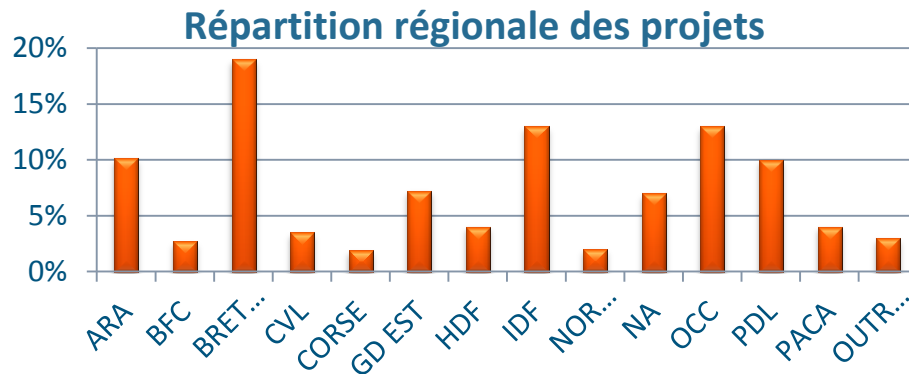


Qui implique un changement de posture pour l'ensemble des parties prenantes

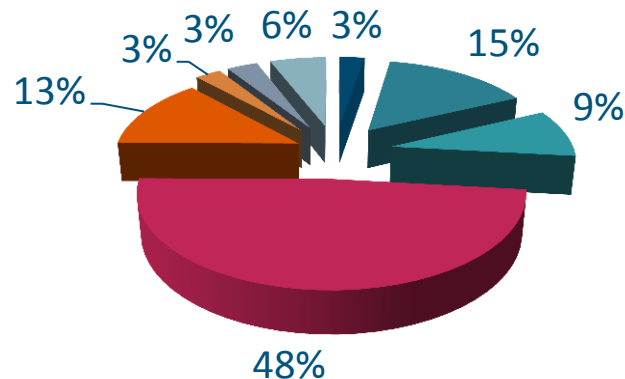
Projets régionaux – bilan fin 2018

374 projets formalisés auprès des ARS

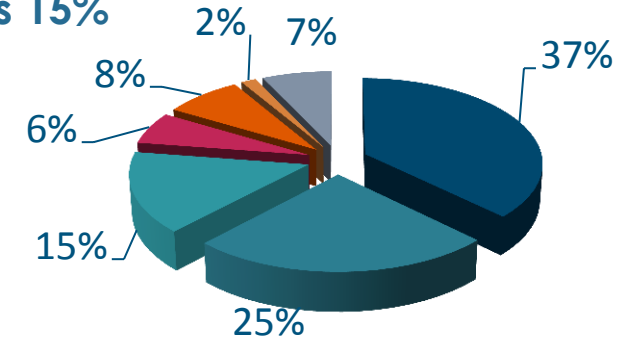
- 5 régions (IdF, Occitanie, ARA, PDL et Bretagne qui a fait un appel à projets) représentent les 2/3 des projets déposés



- Dans la moitié des cas, le porteur est un établissement de santé



- Cible les maladies chroniques dans 37% des cas et les personnes âgées dans 15%

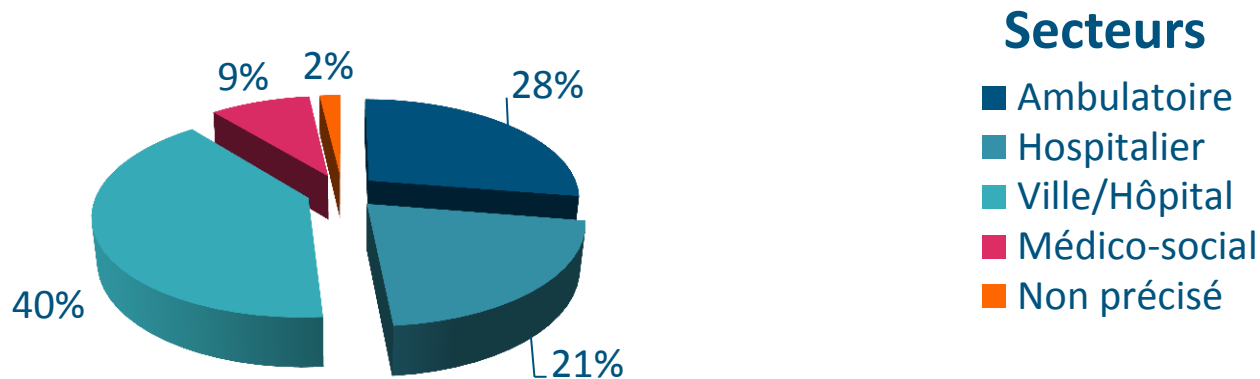


- Personnes atteintes de maladies chroniques
- Population générale
- Personnes âgées
- Enfants et/ou jeunes
- Personnes en situation de handicap
- Personnes en situation d'addictions
- Autres

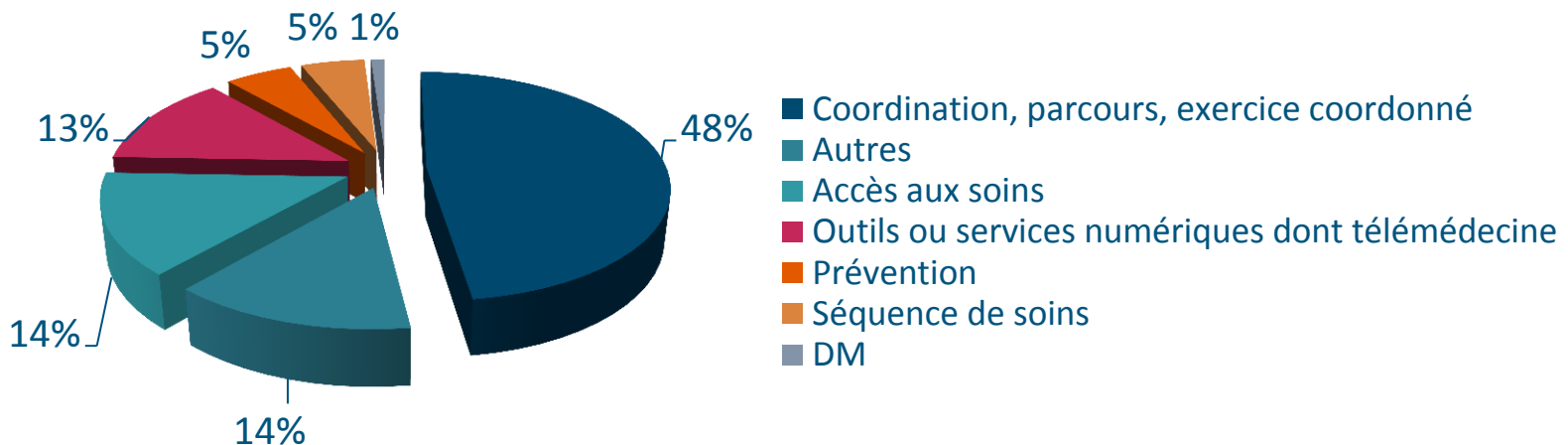
- Pouvoirs publics (ARS, CPAM, CD, CCAS, INSERM, autres...)
- Associations
- ESMS
- ES publics et privés
- Ville
- Autres
- Personnes physiques
- Entreprises

Projets régionaux - bilan fin 2018

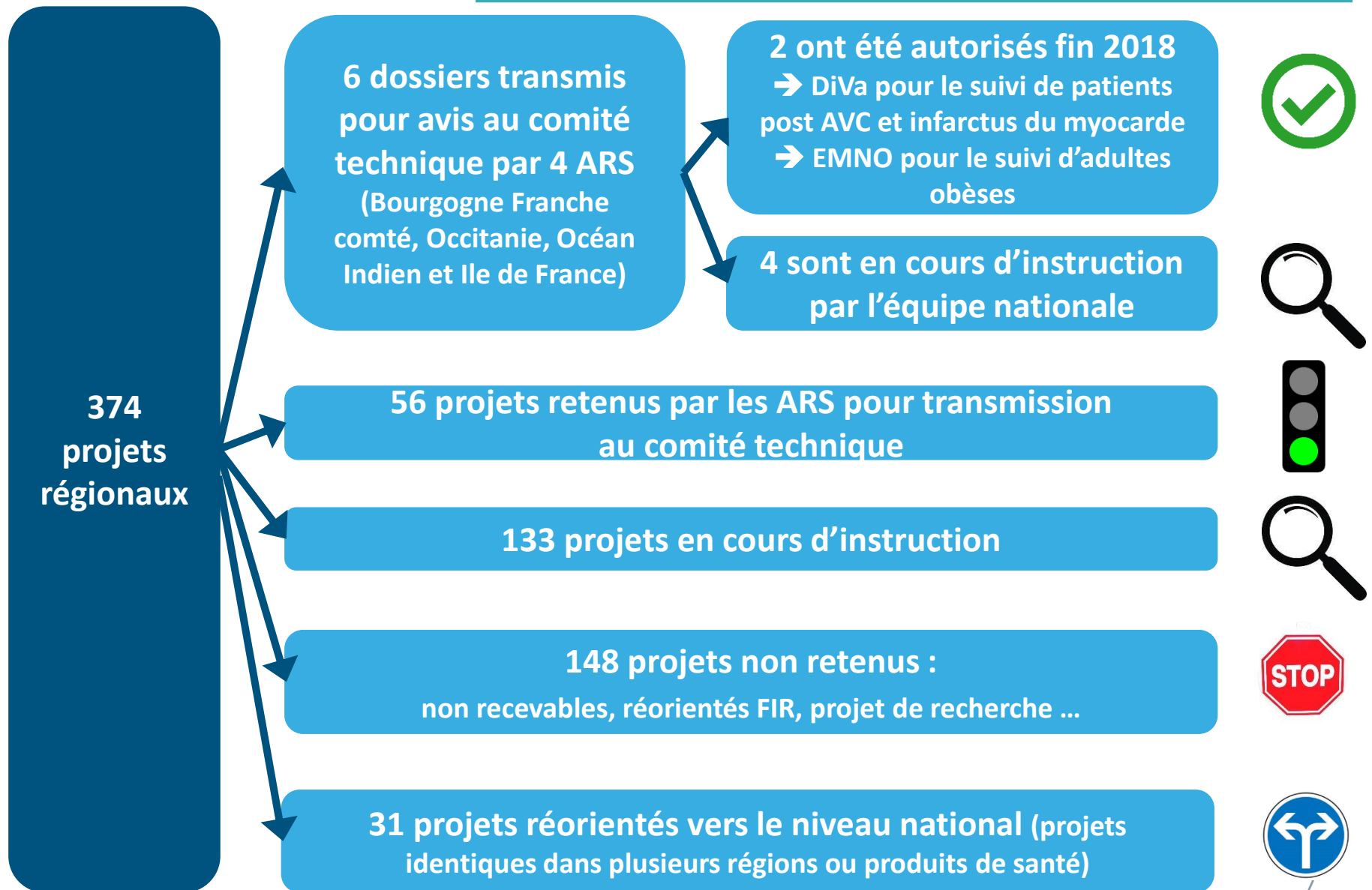
Projets ville hôpital dans 40% des cas



Coordination/exercice coordonné/parcours pour la moitié des projets



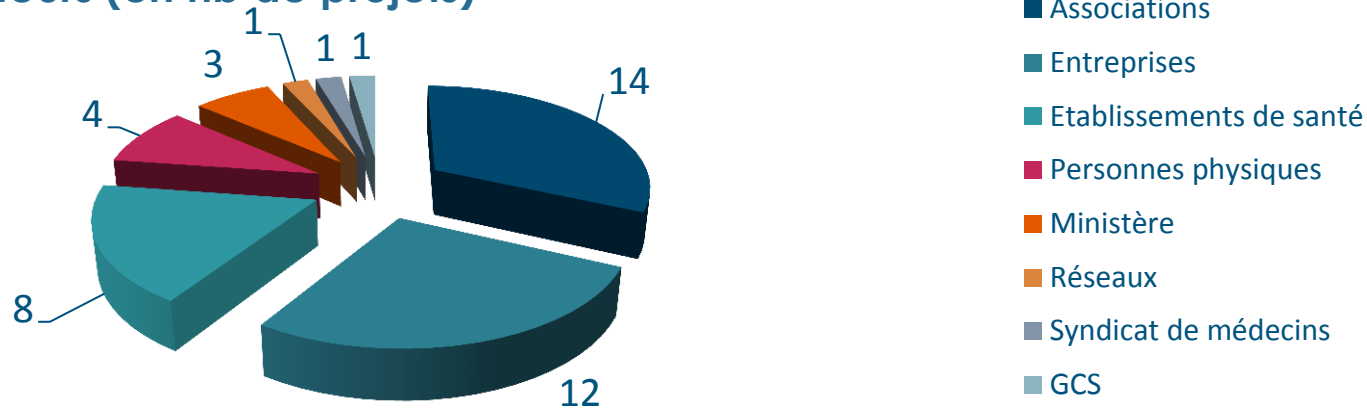
Projets régionaux – bilan fin 2018



Projets nationaux – bilan fin 2018

- 44 projets formalisés auprès du RG

- Entreprises et associations professionnelles les plus représentées parmi les porteurs (en nb de projets)



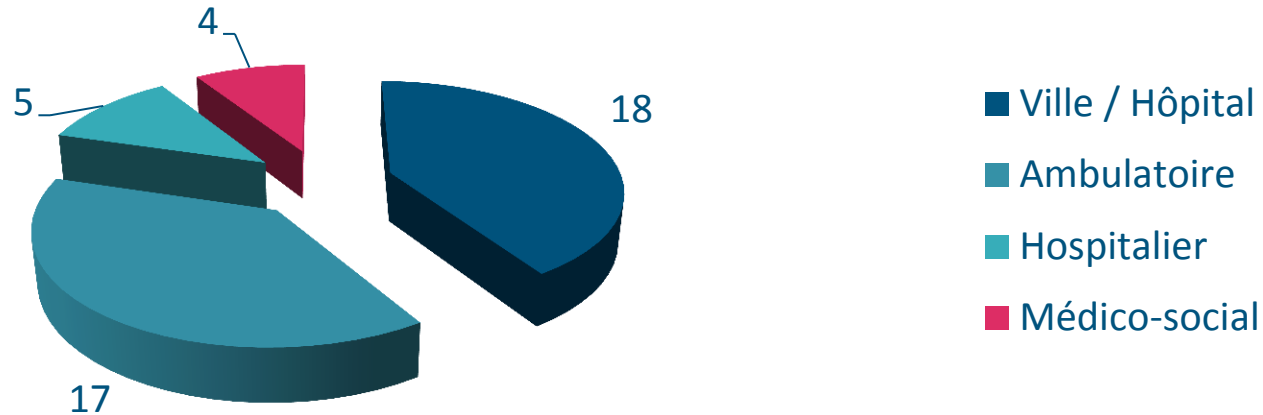
- Cible les maladies chroniques dans la moitié des cas (en nb de projets)



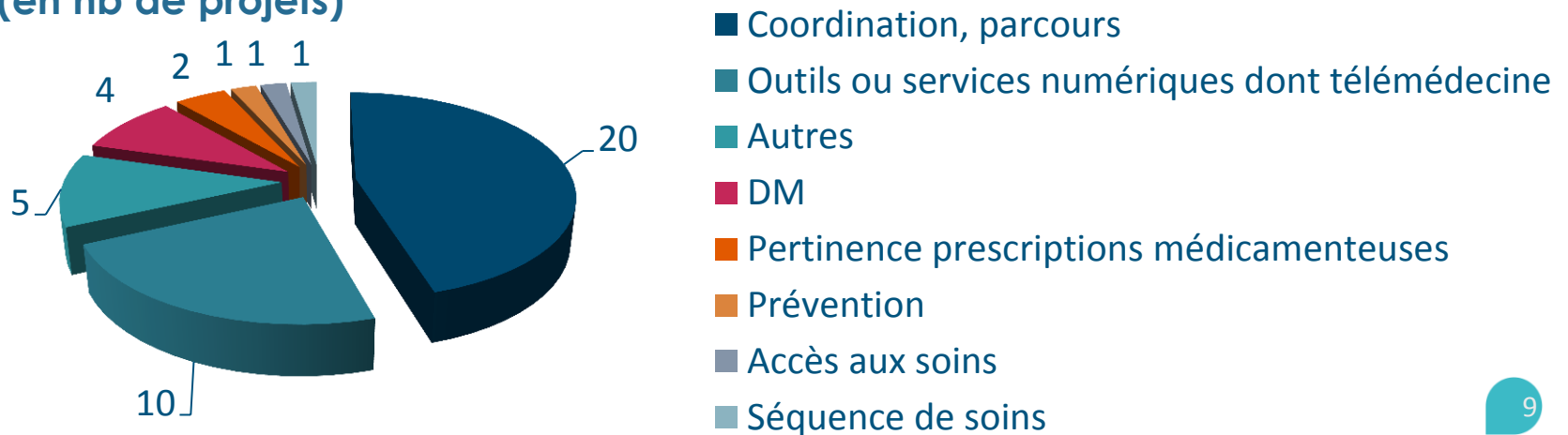
Nb : plusieurs réponses possibles

Projets nationaux – bilan fin 2018

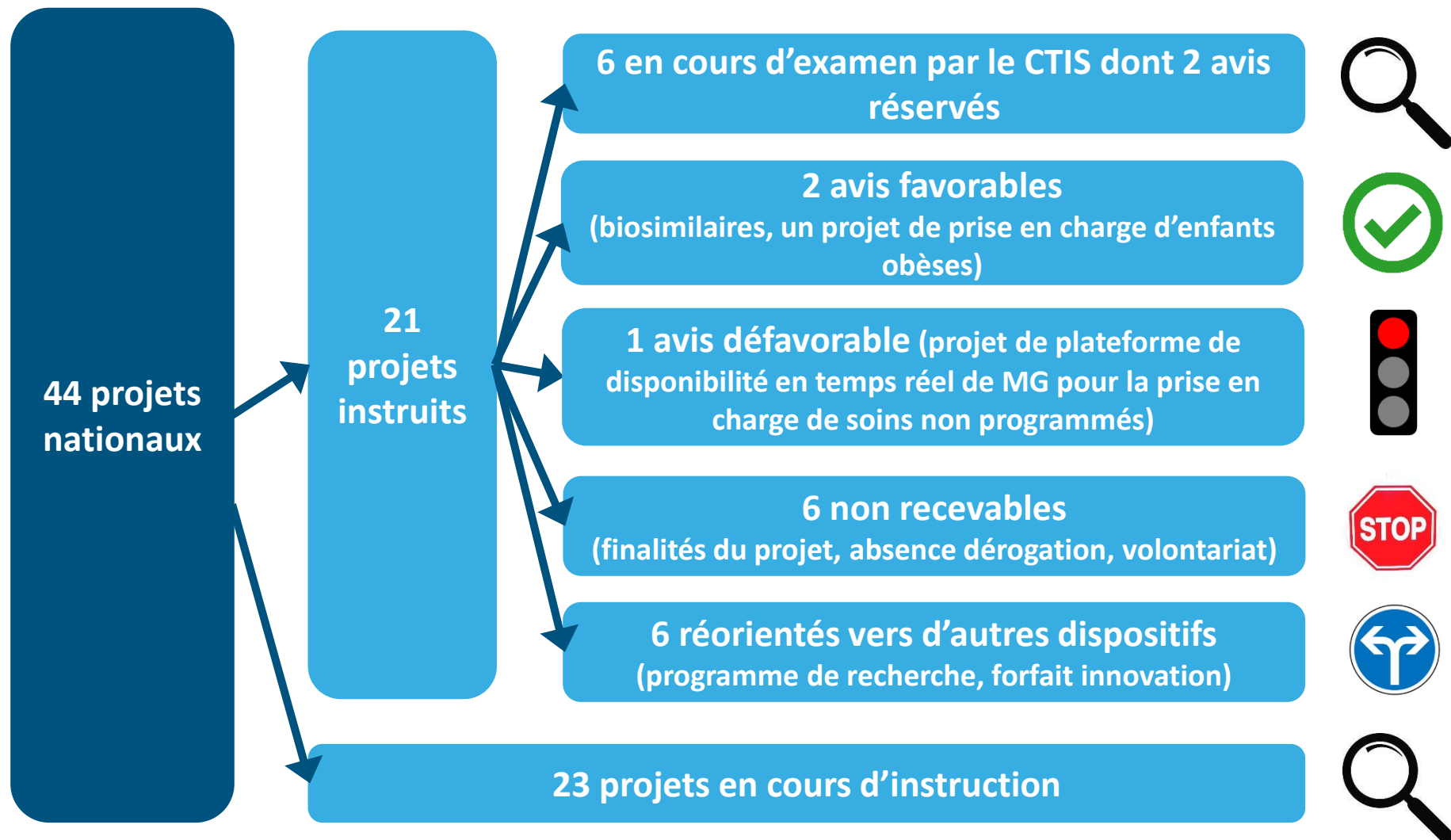
- Projets ville hôpital ou ambulatoire dans les $\frac{3}{4}$ des cas (en nb de projets)



- Coordination de la prise en charge ou parcours pour presque la moitié des projets (en nb de projets)



Projets nationaux – bilan fin 2018



Projets nationaux – bilan fin 2018

1 projet autorisé
expérimentation biosimilaires (45 ES, premier intéressement sera versé en mai 2019)



7 avis rendus sur
expérimentations
existantes

3 intégrées et prolongées

- PAERPA
- Mission retrouve ton cap
- Ecout'Emoi



2 poursuivies hors cadre art. 51

- IRC
- Hôtels pour patients



2 qui pourront déposer un cahier des charges
ultérieurement

- Radiothérapie externe
- Douleur chronique)



Recevabilité d'un projet

EST (ART. 51)

Un projet qui a besoin d'une dérogation aux règles actuelles de financement ou à certaines règles d'organisation

Un projet à vocation de transformation organisationnelle et de reproductibilité

Un projet avec une dimension collective (multi-acteurs)

N'EST PAS (ART. 51)

Une demande de subvention

Un projet de recherche biomédicale (au sens de la loi Jardé). Si cela incorpore une dimension de recherche, il doit déboucher sur une transformation organisationnelle

Un financement isolé d'un outil / solution technologique (sans avoir précisé son impact sur le parcours du patient)

Une procédure d'accès au marché (prix et remboursement)



- **Pas ou peu de projets formalisés en 2018 concernant les médicaments**
 - Expérimentation biosimilaires lancée en octobre 2018 : 45 établissements de santé participants, 1^{er} intéressement versé en mai 2019
 - Un projet portant sur les génériques : non recevable par absence de partenaires volontaires de terrain
- **Plusieurs projets instruits concernant les dispositifs médicaux (DM) :**
 - Télésurveillance du diabète gestationnel (1),
 - DM in vitro (biologie) : intégré à un parcours VHC (2), pour surveillance de paramètre de coagulation (1)
 - DM à usage individuel pour contrôle de la douleur par le patient (1), pansement à pression négative (1)
 - Equipement pour diagnostic de maladie cardiovasculaire (1)
 - Equipement pour diagnostic de cancer de la peau (1), du cancer colorectal (1)
 - Valves cardiaques implantables (2)

- Une doctrine en cours de construction pour les DM sur la base des projets proposés
 - Ne relèvent pas de article 51 :
 - Données cliniques insuffisantes - > réorientation vers programme de recherche ou forfait innovation ou droit commun en fonction de la quantité et qualité des données disponibles (valves cardiaques implantables, équipement pour diagnostic de cancer de la peau, équipement pour diagnostic de maladies cardiovasculaire)
 - Les DM implantables sont systématiquement réorientés
 - Poursuite de l'examen dans le cadre de l'article 51 possible :
 - Données cliniques disponibles
 - DM intégré à un parcours - > valorisation du parcours et non du DM individuel (DMDIV intégré à un parcours VHC)
 - DM seul à fort impact potentiel organisationnel ou financier (DMDIV pour surveillance de paramètre de coagulation)
- Clarification sur l'orientation la plus pertinente des porteurs de projet vers différents guichets (droit commun, forfait innovation, article 51, programmes de recherche) :
 - Critères d'orientation en cours d'élaboration avec la HAS

- **Dotation et délégation 2018**
 - FISS : 20 M €
 - FIR : 5 M €
- **Consommation 2018 (données provisoires)**
 - FISS : 0,5 M € - accompagnement/ingénierie
 - FIR : 2 M € - accompagnement/ingénierie
- **Estimation engagements sur projets autorisés en 2018**
 - Biosimilaires sur 3 ans : 12,5 M€
 - Expérimentations existantes : évaluations uniquement
 - Expérimentations régionales : 1,5 M€ sur 5 ans hors évaluation

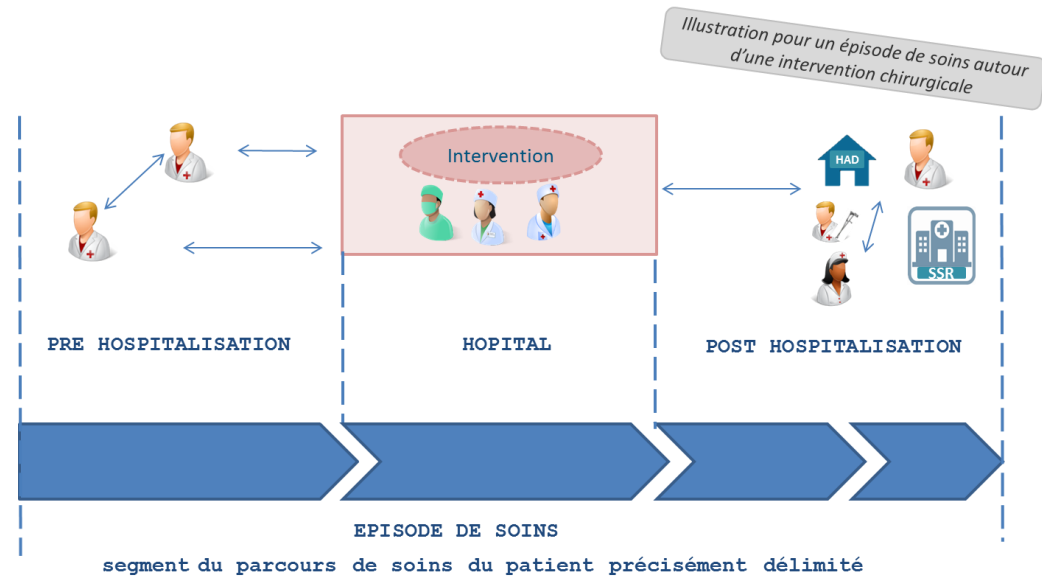
Echanges - discussion

AMI




Episode de soins – Principe et objectif

Objectif :

Tester et mettre en œuvre **un paiement groupé des acteurs** pour une **prise en charge coordonnée et intégrée** d'un épisode de soins (en amont, pendant et après l'hospitalisation)



Bénéfices attendus

-  Favoriser la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers et intégrer l'évolution des pratiques professionnelles
-  Prendre en compte l'expérience des patients
-  Améliorer l'efficacité des soins

Expériences étrangères

Principaux retours observés sur lesquels s'appuyer



Forfaits **ajustés sur le risque** et mise en place de **mécanismes de sauvegarde** pour contrôler les risques pour les acteurs



Modifications progressives des règles de financement pour permettre l'apprentissage et la conduite du changement auprès des acteurs



Intérêt pour la collecte, l'analyse et le partage des données (processus, résultats, patients) pour la coordination et le suivi des épisodes de soins



Mise en place **d'une approche qualité intégrant le patient** avec le développement **des PROMs et des PREMs**



Initialisation du modèle de paiement au forfait sur **des épisodes de soins chirurgicaux ; Paiement rétrospectif au début**; *Two side risk* au bout de 2 ans
Règles de pondération à définir ;
Stabilité des prix (incitatif)



Co-construction avec les acteurs de terrain pour définir les épisodes de soins et les principes opérationnels, en s'appuyant sur les recommandations existantes

Episode de soins – Avancement des travaux de co-construction

3 prises en charge chirurgicales retenues pour l'expérimentation



ORTHOPEDIE

- Prothèse totale de hanche
- Prothèse totale de genou

17 structures
participantes

7 GT réalisés fin 2018 /
début 2019

4 GT prévus début 2019



CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

- Colectomie pour cancer

11 structures
participantes

7 GT réalisés fin 2018 /
début 2019

3 GT prévus début 2019

**Plusieurs déplacements auprès de participants à l'AMI
en cours de planification en janvier et février**

Episode de soins – Eligibilité et périmètre des épisodes de soins

Critères d'inclusion



PTG : 08C24

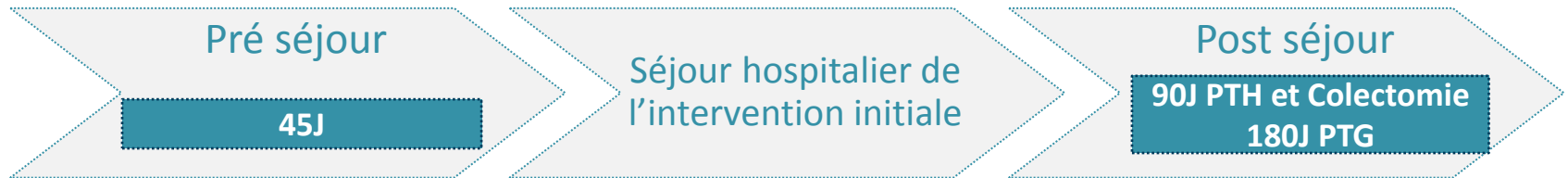
PTH : 08C48



06 C04 – Colectomie
pour cancer du côlon

Critères d'exclusion

Admission hors domicile et urgences
Sortie par décès, soins palliatifs
Intervention similaire dans les 365J précédent
l'intervention
+ Colectomie totale



Contenu de l'épisode de soins défini lors des groupes de travail :

- Actes, séjours, prestations de ville et hospitalières et liste des acteurs mobilisés
- Des facteurs de risque et des impacts associés sur le déroulé de l'épisode de soins
- La fonction de coordination pré/per et post séjour initial et l'estimation du temps associé
- Les hospitalisations MCO, SSR ou HAD post séjour initial à considérer en lien avec l'épisode de soins

**Prérequis pour le travail de modélisation des parcours patients,
de définition et modélisation du forfait avec l'ATIH**

Episode de soins – Les indicateurs de l'expérimentation

Des indicateurs travaillés avec les acteurs et la HAS pour répondre à un ou plusieurs des 3 objectifs :

**Valoriser le
financement**

**Suivre
l'expérimentation**

**Evaluer
l'expérimentation**

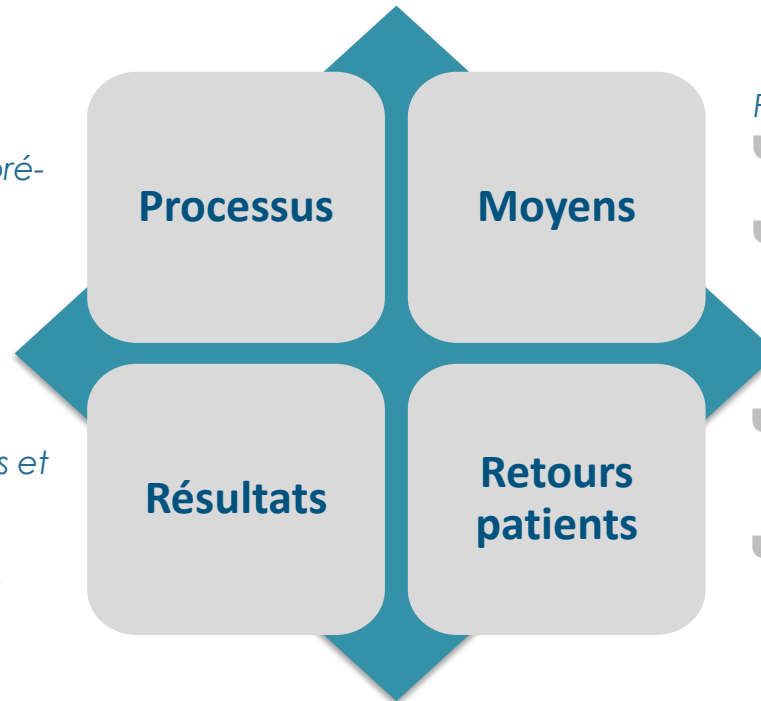
Des indicateurs retenus recouvrant plusieurs dimensions

Par exemple :

- Dépistage et traitement de l'anémie et de la dénutrition pré-opératoire
- Délai entre chirurgie et chimiothérapie

Par exemple :

- Tx de complications médicales et chirurgicales nécessitant une réhospitalisation
- DMS des séjours MCO de l'EDS



Par exemple :

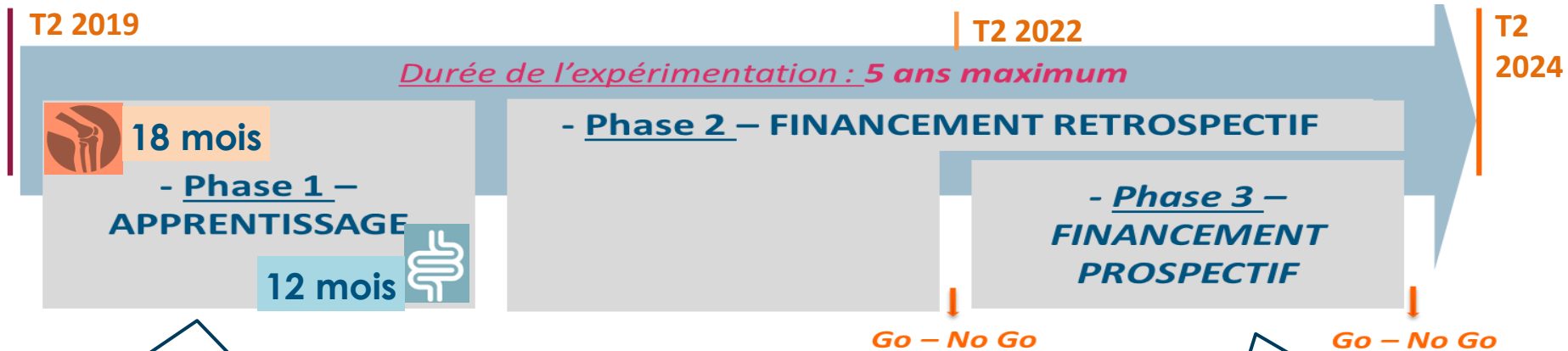
- Temps administratif lié à l'expérimentation
- Taux ETP consacré à la coordination des soins

- Questionnaire d'expérience patient dédié à EDS élaboré par la HAS
- Questionnaires de qualité de vie et score fonctionnel

Episode de soins – Durée et déroulé de l'expérimentation

Début des
expérimentations

Fin expérimentation



- Absence d'impact financier pour les participants
- Tests et ajustements du modèle
- Mise en œuvre des organisations
- Pédagogie et communication aux acteurs

Sous réserve des 1ers résultats observés sur *a minima* les 2 premières années de Phase 2

- Pour les acteurs volontaires les plus matures
- Pour les autres acteurs, possibilité de poursuivre l'expérimentation avec le financement rétrospectif

Episode de soins – Avancement des travaux de co-construction

Travaux réalisés au 24/01

Périmètre et contenu
de l'EDS

Processus liés aux
candidats et aux
patients

Indicateurs de suivi et
de résultats

Principes de gestion
opérationnelle

Modélisation des parcours

Travaux en cours de réalisation

Modélisation des forfaits par l'ATIH

Modalités de gestion du financement

Rédaction du cahier des charges pour
la prestation d'évaluation nationale de
l'expérimentation

Objectif et modalités de mise en oeuvre

OBJECTIF STRATEGIQUE

Améliorer le service rendu aux patients et l'efficacité des dépenses de santé

OBJET : La responsabilité populationnelle

Rendre les acteurs du système de santé responsables d'une enveloppe de dépenses et de l'atteinte d'objectifs de qualité pour une population donnée

COMMENT ?

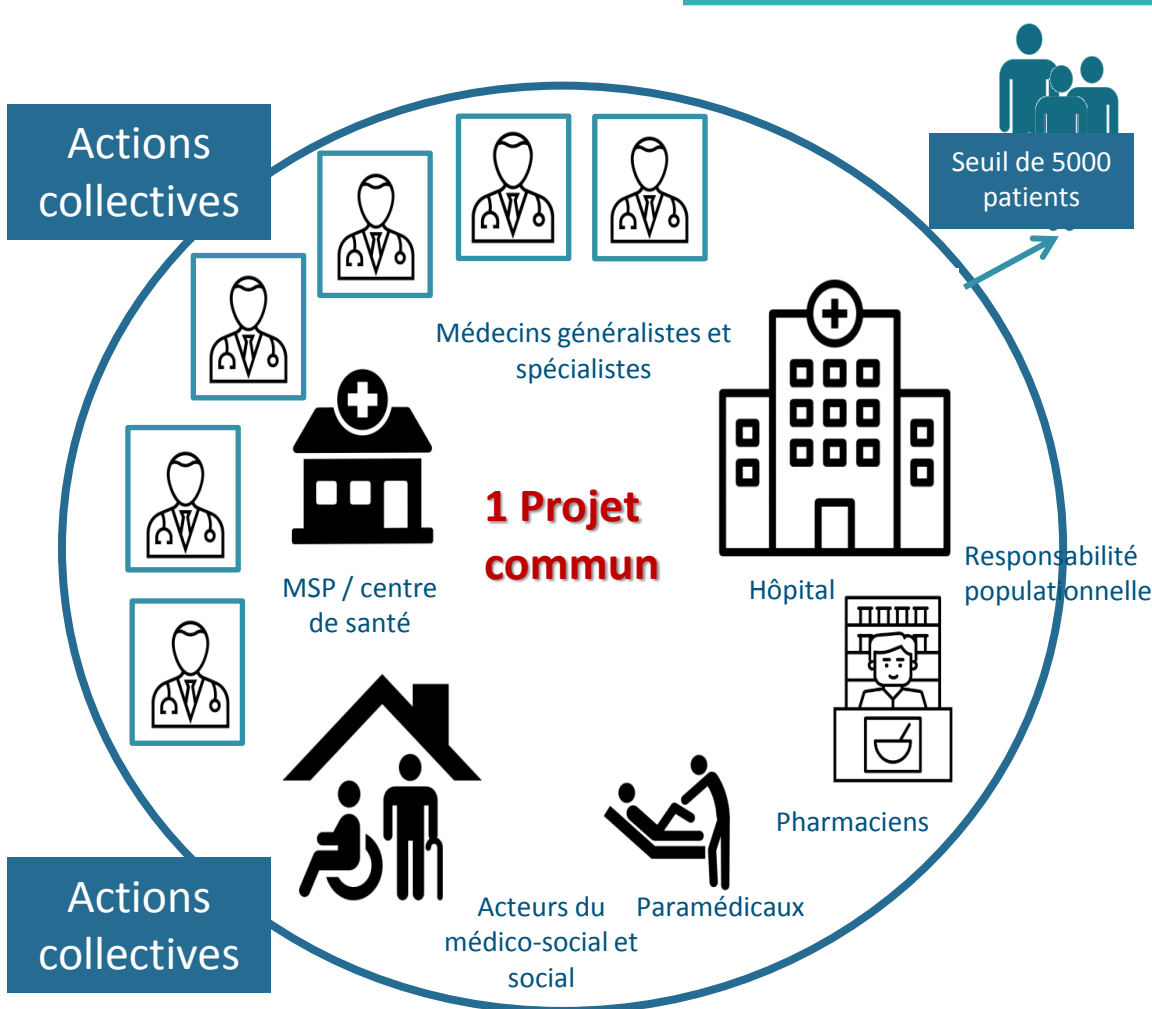
Dimension organisationnelle

Un **groupement d'acteurs intégrés** mettant en place un ensemble d'actions au service de leur patientèle (offre découplée et structurée)

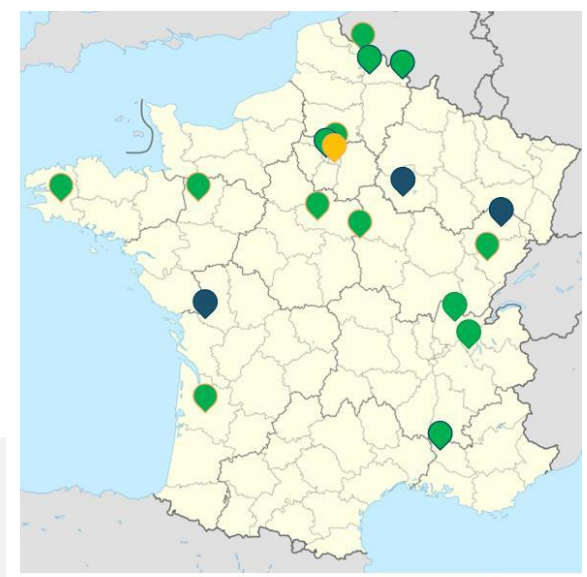
Dimension financière

Une **incitation financière** basée sur la **performance du groupement**

Incitation à une prise en charge partagée – Groupement d'acteurs en santé



- Groupement d'acteurs en santé volontaires
- Liberté de ciblage des patients par les groupements
- Participation impérative de médecins traitants au groupement
- Volume minimal de 5000 patients au sein du groupement (patientèle globale)

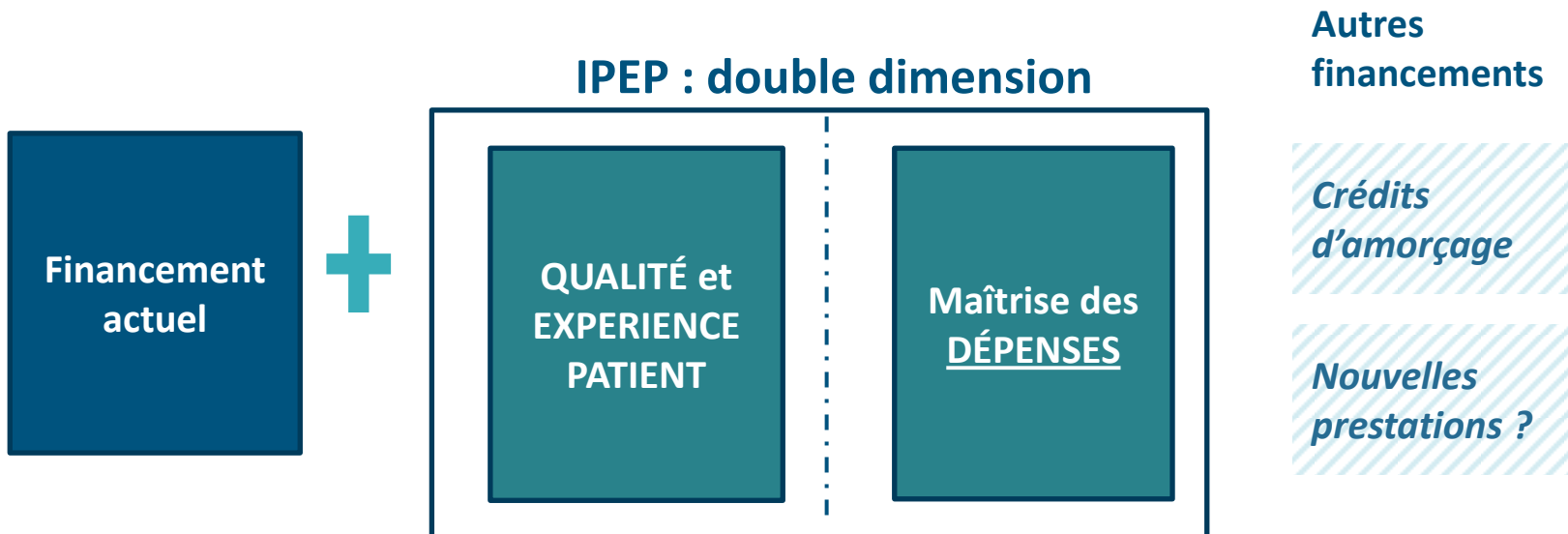


● Visite réalisée ● Visite prévue ● Visite à fixer

15 visites de l'équipe-projet nationale effectuées entre décembre 2018 et janvier 2019

Intéressement collectif

1. **Complémentaire** aux modes de rémunération principaux (à l'acte ou à l'activité) = non substitutif
2. **Sans sanction financière** en cas de non-atteinte des objectifs fixés = strictement incitatif
3. Basé sur la **qualité et la maîtrise des dépenses** = conditionné à l'atteinte d'objectifs
4. Versé à un **groupement d'acteurs, libre dans l'utilisation** qui en est faite = sans fléchage



Dimension qualité : deux volets

... des indicateurs de qualité

1) Des indicateurs transversaux communs à tous les groupements et choisis avec les PS sur les thématiques :

- Accès aux soins

(ex : Part de la population du territoire du groupement avec un médecin traitant)

- Coordination

(ex : RH 30 et HPE)

- Prévention

(ex : Taux de participation aux programmes de prévention mis en place par les groupements)

- prescriptions médicamenteuses

(ex : part des patients en polyprescription continue)

2) Des indicateurs « à la carte » applicables en fonction des priorités des groupements (diabète, personnes précaires, PA, SNP..)

... l'expérience des patients

- 1) Un questionnaire nouveau et généraliste pour recueillir le vécu du patient sur sa prise en charge et son suivi...
- 2) ...élaboré avec des représentants d'usagers comportant 30 questions sur trois dimensions :
 - Accès aux soins
 - Coordination des PS
 - Relation soignant-soigné
- 3) ...testé auprès d'une cinquantaine de patients dans 8 groupements volontaires

Dimension maîtrise des dépenses

Mesure des gains d'efficacité à partir de l'ensemble des dépenses sanitaires de la patientèle du groupement

Mise à disposition de données

1. Décrire la patientèle et identifier les populations ciblées par les actions d'un groupement
2. Observer les points de contact de la patientèle
3. Mesurer les dépenses historiques et attendues de la patientèle de référence
4. Estimer les gains d'efficacité potentiels et les marges d'amélioration

Gains d'efficacité

1. Reversement d'une partie des « gains d'efficacité » pour soutenir les actions mises en place
2. Pas de fixation a priori d'un objectif de dépense
3. Mesurés sur la base d'une comparaison à une cible de référence nationale et d'une évolution
4. Modèle d'ajustement aux risques à partir des caractéristiques patients



Trajectoire pendant l'expérimentation

Articulation des deux dimensions dans le modèle d'intéressement collectif

Début de l'expérimentation
1 an

2 ans

Fin de l'expérimentation
2 ans

Phase 1

Phase 2

Phase 3

Elaboration des plans
d'actions
Recueil des données
Crédits d'amorçage

Score qualité

Gains d'efficience



Gains d'efficience



Score qualité

- ⇒ Prise en compte de la qualité les 1ères années sans attendre les gains d'efficience
- ⇒ Mobilisation des professionnels autour de problématiques qui font écho à la pratique

- ⇒ Transition progressive vers un modèle dans lequel les gains d'efficience sont modulés par la qualité

Incitation à une prise en charge partagée – Avancement des travaux de co-construction

30 participants, 5 GT réalisés fin 2018, 1 GT prévu début 2019

Travaux réalisés au 24/01

Indicateurs qualité

Première version du questionnaire patient

Détermination
composante cible
dépenses

Modalités de calcul
des gains d'efficience

Faisabilité opérationnelle :
versement/reversement intéressement et
modalités de répartition

Travaux en cours de réalisation

Finalisation du questionnaire
expérience patient et première
administration

Finalisation des indicateurs (cible et
modalités de calcul) avec l'appui de
l'ATIH

Modélisation de l'intéressement et
simulations pour chaque groupement

Outils nécessaires à la mise en œuvre
(juridique et SI)

Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS) Principe et objectif

- Conception du modèle **réplicable et reproductible** de financement forfaitaire en co-construction avec les acteurs



Objectif :

Mettre en œuvre un paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour une équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle en charge du suivi en ville de certains patients.



Gagner en pertinence, en diminuant le nombre d'actes évitables

Optimiser la prise en charge des patients, en se libérant des contraintes du paiement à l'acte

Améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-denses, en libérant du temps médical

Améliorer la qualité du parcours des patients par le suivi de l'équipe de PS

Importance de l'évaluation, pour déterminer si l'expérimentation est généralisable

Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS) – Avancement des travaux de co-construction

3 thématiques retenues pour l'expérimentation

Patientèle diabétique



4 participants* à
l'écriture du cahier
des charges

6 GT réalisés fin 2018

1 GT prévu début 2019

→ 1 cahier des
charges spécifique

Patientèle âgée



3 participants* à
l'écriture du cahier
des charges

6 GT réalisés fin 2018

1 GT prévu début 2019

→ 1 cahier des
charges spécifique

Patientèle totale



4 participants* à
l'écriture du cahier
des charges

6 GT réalisés fin 2018

1 GT prévu début 2019

→ 1 cahier des
charges spécifique

* Chaque participant représente une ou plusieurs structures (MSP/CDS)

**Plusieurs visites locales auprès des candidats de l'AMI
ont été organisées ou sont prévues en janvier et février**

Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS)– Principe des forfaits (1/2)

■ PEPS est un forfait :

- **Calculé par patient** (pour la population concernée)
- **Versé à une structure** (SISA, CDS...) pour l'ensemble de l'équipe de PS pluri-professionnelle participante
- **Substitutif à l'acte** sur le champ concerné
- **Ajusté au risque** sur la base des données France entière
- **Mixte** : avec prise en compte du niveau de **l'activité de l'équipe** et modulation d'une part à **la qualité**
- **Libre dans l'utilisation et la répartition entre PS** qui en est faite

Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS)– Principe des forfaits (2/2)

Forfait de base se substituant à l'acte



- **Calculé par patient** à partir d'une référence nationale
- **Ajusté sur le risque** : Prise en compte des caractéristiques des patients
- Prend en compte l'activité : Prise en compte des **cas extrêmes** (ex: gestion d'une épidémie)
- Prend en compte la **part des soins dans PEPS** (tx de fidélisation)
- Construit sur la base du périmètre de substitution
- Ne prend pas en compte les dépassements d'honoraires



Modulation des forfaits au regard des résultats qualité



→ À partir des indicateurs retenus lors des ateliers (objectifs communs de l'équipe)

Ingénierie



- **Missions définies en groupe de travail:**
- Coordination
- Gestion des forfaits / gouvernance
- Extraction à partir du SI



Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS) – Critères d'éligibilité

Pour les 3 thématiques :

champ des patients suivis par un **médecin traitant (MT)**
au sein de la structure

Patientèle diabétique



**Patients
en ALD diabète**

Patientèle âgée



**Patients de 65 ans
ou plus**

+ Patients à partir de 50 ans
en ALD maladies neuro-
dégénératives

Patientèle totale



**Ensemble
des patients MT**

+ Patients bénéficiant de
l'AME

Structures éligibles



**Une équipe est éligible si elle est pluri-pro (MG/IDE au moins)
et d'une taille minimale (5 PS dont au moins 3 MG)**

Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS) – Durée et déroulé de l'expérimentation

Début de
l'expérimentation

Eventuelle
généralisation

2019

2020

2021-2023

Durée de l'expérimentation : 5 ans

Progressivité de la substitution de l'acte par le forfait

- Phase 1 –
PREPARATION

(simulation théorique de
l'impact financier)

- Phase 2 –
**FINANCEMENT
RETROSPECTIF**

(avec bonus, le cas échéant)

- Phase 3 –
**FINANCEMENT
PROSPECTIF**

(versement d'un forfait unique,
ajusté en fin d'année)

*Pré-requis dans la plupart des
expériences étrangères*

*Possibilité de
sortir de
l'expérimentation*

→ Progressivité dans la mise en place du modèle pour une appropriation par les parties prenantes et des évolutions du cadre expérimental.

Avancement des travaux de co-construction

Travaux réalisés au 24/01

Périmètre et contenu
du forfait

Modélisation du
forfait

Indicateurs qualité

Description activité
structures

Conditions de mise en œuvre

Travaux en cours de réalisation

Finalisation du questionnaire
expérience patient et première
administration

Finalisation des indicateurs qualité

Simulations pour chaque structure

Elaboration du protocole d'évaluation

Echanges - discussion

Perspectives

● Extension des dérogations :

- Aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins;
- Permet aux PH une activité libérale sans dépassement en zones à offre de soins insuffisante ou avec difficultés d'accès aux soins;
- Adaptation SISA pour rendre possible l'encaissement de tout ou partie des rémunérations des activités de prise en charge et le reversement de ces rémunérations;
- Redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire;
- Permet à un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé en zones à offre de soins insuffisante ou avec difficultés d'accès aux soins;
- Permet aux pharmaciens d'officine, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, d'être désignés comme correspondants au sein d'une équipe de soins par le patient, à la demande ou avec l'accord du médecin traitant, et ainsi de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie. ;
- Aux conditions d'organisation des ESMS ;

● Unification des procédures

- Quand projet inclut un protocole de coopération article 51 HPST
- Expérimentations télésurveillance (art 54 LFSS 2018)



Actualisation du décret en conseil d'Etat en cours

Prochaines étapes 2019

- **Modification du décret en conseil d'Etat pour intégrer la LFSS 2019**
- **Publication cahier des charges des 3 AMI fin 1^{er} trimestre et nouveaux AAP associés**
- **Démarrage expérimentations au 2^{ème} trimestre 2019 :**
 - Premières expérimentations régionales et nationales
 - 3 AMI : épisode de soins, IPEP, PEPS
- **Simplification de la trame de lettre d'intention**
- **Développement d'approches collaboratives sur thématiques communes : par exemple traitement oral pour cancer et prise en charge de l'obésité**
- **Accompagnement renforcé des porteurs**

Approche pragmatique et graduée de l'évaluation

Approche pragmatique et graduée de l'évaluation :

- Évaluation de type 1 pour expérimentations de petite taille ou de faible niveau de maturité,...) : capacité à mettre en place une organisation opérationnelle et observer les premiers effets attendus :
 - principalement approches qualitatives et analyses quantitatives simples sur la base des données recueillies dans le cadre de la facturation.
 - Pour certains projets, en fonction de l'intérêt et de la faisabilité, des analyses qualitatives plus complexes et des analyses quantitatives plus poussées en mobilisant les données du SNDS
- Évaluation de type 2. visant à mesurer l'impact, les effets propres des expérimentations
 - évaluations quantitatives poussées avec analyse contrefactuelle (groupes témoins non inclus dans l'expérimentation)

Critères pour apprécier le type d'évaluation :

- Enjeux : en termes d'état de santé, de qualité de soins, économiques (gains attendus), stratégique (effets structurels sur le système de santé)
 - Faisabilité : taille suffisante, clarté des objectifs d'impact, démarche expérimentale (population cible, inclusions,...)
- Analyses (ou méta-analyses si possible), dans un 2ème temps, d'expérimentations ayant des points communs ou portant sur les mêmes sujets. L'objectif est de « capitaliser » sur les enseignements de ces expérimentations.

Guide méthodologique à destination des porteurs de projet

- **Guide méthodologique sur l'évaluation à destination des porteurs de projet :**
 - Explication pédagogique de la démarche d'évaluation dans le cadre des expérimentations article 51
 - Fiches sur les points clés par rapport à l'évaluation dans l'élaboration d'une lettre d'intention.
 - Sensibilisation des porteurs du projet sur les remontées des données à fin de l'évaluation
- **Organisation en février d'un séminaire d'une demi-journée avec des experts et des porteurs du projet pour tester les fiches**
- **Publication en mars 2019**

Echanges - discussion

Annexes

Des modèles type « Bundled Payment » lancés depuis les années 80 à l'étranger

Un large spectre de prises en charge concernées

Chirurgicale



PTH / PTG , Arthrodeuse vertébrale
Pontage coronarien,
Chirurgie bariatrique, Cholécystéctomie
Chirurgie des cancers du sein, de l'ovaire, digestif...



Interventionnelle

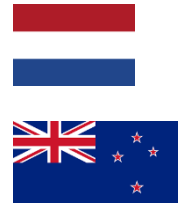


Pose de stent
Thrombectomie
Lithiase

Médicale



BPCO, Asthme, Diabète
Insuffisance rénale, insuffisance cardiaque
Septicémie
Chimiothérapie
Grossesse



Un positionnement initial des acteurs principalement sur des prises en charge chirurgicales, notamment en Orthopédie
Extension progressive à d'autres prises en charge sur la base des premiers retours d'expérience

Incitation à une prise en charge partagée

Contexte international : des expériences étrangères riches

Pays	USA	Angleterre	Belgique	Allemagne
Nom de la réforme	Accountable Care Organizations	Integrated primary and acute care systems	Integreo	Gesundes Kinzigtal
Population cible	65 ans et + (Population Medicare) et également salariés (assureurs privés)	Patients complexes	Malades chroniques et complexes	Assurés volontaires (Sud Ouest Allemagne)
Dimensions couvertes	Indicateurs de qualité, maîtrise des dépenses, expérience patient	Expérience patient (fluidité), coordination, personnalisation des services	Expérience des patients, qualité des parcours, maîtrise de dépenses	Prévention, maîtrise des dépenses, nouveaux services
Acteurs de santé impliqués	Acteurs du sanitaire uniquement (ville uniquement ou ville et Hôpital)	Soins primaires, hôpitaux et médico-social	Première ligne, hôpitaux et médico-social	Médecins libéraux, hôpitaux, EHPAD, soins à domicile
Modèle économique/Incitations	Partage des économies avec Medicare (shared savings) avec ou sans partage des risque	Refonte des modes de rémunération existants (modèles variables) : forfaits, P4P, budget global (year of care tariff)	Partage des économies réalisées avec l'assurance maladie	Paiement à la performance et shared savings
Prestations nouvelles	Consultation annuelle de santé, chronic care management (plan personnalisé de soins), prestations post-hospitalisation	Urgences de proximité (rapid response nurses), équipes mobiles qui visitent les EHPAD, outils d'identification des hauts risques	Mise en place d'une interface d'appui territorial, avec accueil téléphonique, site Internet de cartographie des services	Consultations de suivi et d'évaluation, plans personnalisés de soins, coordinateurs de soins, télésanté

Incitation à une prise en charge partagée – Avancement des travaux de co-construction

30 participants, 5 GT réalisés fin 2018, 1 GT prévu début 2019

Type de groupements / Porteur	ARS
MSP du Pont d'Ain	ARA
Groupement de 2 CPTS 13 ^{ème} et 14 ^{ème} Paris	IDF
SISA Liberté Pôle Santé	HDF
MSP Bel Air Carpentras	PACA
Pôle de santé Chambéry	ARA
MSP Liliane Coupez et MSP la Présentation	CVL
Maison de santé amandinoise et de Neuvy sur Loire	BFC
SISA Maison de santé Saint-Claude	BFC
GAMME 53 : Groupement des Acteurs Mayennais Membres des Expérimentations art 51	PDL
CPTS 94 Ouest : Pôle de santé 94 et PTA 94 Ouest	IDF
Consortium Ange Gardien (CHU de Bordeaux)	NA
GHT Aube et Sézannais	GE
GCS Alliance Cornouaille santé	Bretagne
CPTS du Niortais (GHT Deux-Sèvres)	NA
Comité Ville-hôpital Douaisis (CH Douai)	HDF
GHT Haute-Saône	BFC
Comité ville-hôpital CHRU Lille	HDF
Centre hospitalier Jean Verdier	IDF



15 visites de l'équipe-projet
nationale effectuées entre
décembre 2018 et janvier 2019

Mise en place d'organisations collectives au niveau local

- Pour remédier aux lacunes de coordination, les pays mettent en place de **nouvelles organisations pluri-professionnelles** :
 - dotées d'un budget/forfait
 - responsables auprès du payeur pour une population (taille variable selon les pays)



En **Angleterre**, les
« **clinical
commissioning
groups** »
couvrent une
population de
100 000 à 900 000



En **Catalogne**
(Espagne), les
« **equip d'atenció
primària** »
sont responsables
d'une population
allant de
5 000 à 25 000
personnes



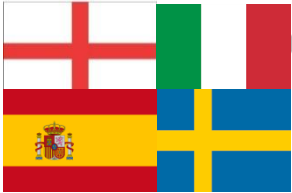
Aux **Pays Bas**, les
« **zorggroepen** »
sont responsables
de la prise en
charge
d'environ
6 000 diabétiques

Expériences étrangères

Expérimentations sur le financement



Depuis 2010, les Pays-Bas ont introduit **des paiements forfaitaires** confiés à des **groupes de soins multidisciplinaires** pour la prise en charge annuelle des patients diabétiques, asthmatiques et à haut risque cardiovasculaire en ville



Depuis plusieurs décennies, les centres de soins primaires **espagnols, italiens, anglais et suédois** sont rémunérés à la capitation prenant en compte les caractéristiques de la patientèle



Aux Etats-Unis, Medicare mène actuellement diverses expérimentations pour financer de manière différente les maisons de santé (*medical homes*)



En Australie, depuis 2017, 200 cabinets de médecine générale peuvent entrer dans une expérimentation de coordination des soins qui implique une rémunération trimestrielle prospective (*health care homes*)