



MA SANTÉ 2022  
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

# FINANCEMENT POUR LA PSYCHIATRIE

## Constat

Les établissements psychiatriques sont aujourd'hui financés par deux modalités (dotation de financement ou prix de journée) selon leurs statuts. Cette situation ne favorise pas les nécessaires évolutions des modalités de prise en charge des patients, notamment vers l'ambulatoire.

En outre, les modalités actuelles de financement peuvent être un frein au développement de prises en charge de qualité ou d'activités nouvelles, alors même que la santé mentale représente un enjeu majeur du système de santé avec 2,1 millions de personnes concernées en 2017 par les pathologies psychiatriques selon les chiffres de la caisse nationale d'assurance maladie.

## 4 objectifs

La réforme des modes de financement de la psychiatrie vise plusieurs objectifs en lien avec les axes stratégiques de la feuille de route santé mentale et psychiatrie :

- **AMÉLIORER LA QUALITÉ** des prises en charge ;
- **REDONNER DU SENS** et du dynamisme à l'ensemble du secteur en lui permettant de développer de nouvelles activités ;
- **ENCOURAGER LA COOPÉRATION** entre les acteurs grâce à une plus grande cohérence des modes de financement ;
- **RÉDUIRE LES INÉGALITÉS** entre les régions pour améliorer l'accès aux soins et réduire les délais d'attente des patients.

## 4 propositions

Il est proposé d'instaurer un financement cohérent pour l'ensemble des établissements. Ainsi, la psychiatrie bénéficiera d'un mode de financement combiné qui associera plusieurs modalités principales :

### 1 UN COMPARTIMENT POPULATIONNEL

---

→ Les régions recevront un financement fondé sur leur population. Deux autres critères seront également pris en compte : la précarité, dont on connaît le lien avec les affections psychiatriques, et la part des mineurs car la prise en charge des enfants mobilise des moyens plus importants. Ce financement régional sera redistribué aux établissements par les agences régionales de santé, selon des critères transparents et qui seront discutés avec les acteurs ;

### 2 UN COMPARTIMENT POUR LE DÉVELOPPEMENT D'ACTIVITÉS NOUVELLES

---

→ Les régions auront la possibilité, chaque année, de proposer le développement de nouvelles activités en lien avec les plans régionaux de santé et les orientations des instances nationales.

### 3 UN COMPARTIMENT À LA QUALITÉ

---

→ Ce financement sera directement alloué aux établissements sur la base d'indicateurs élaborés avec les professionnels. De premiers indicateurs seront recueillis en 2020, sans toutefois donner lieu à rémunération.

### 4 UN COMPARTIMENT POUR FAVORISER LA RÉACTIVITÉ

---

→ Comme la précédente, cette modalité sera versée directement aux établissements au regard de leur capacité à prendre en charge des patients. Une distinction sera opérée suivant la lourdeur des soins nécessaires afin de garantir la prise en charge de l'ensemble des patients, y compris les plus lourds.

Enfin, au niveau national, une enveloppe pour la recherche en psychiatrie sera gérée afin de faire progresser les connaissances et les techniques de soins dans le domaine.



MA SANTÉ 2022  
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

# FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

## Constat

L'hôpital est un élément fondamental de notre système de santé. La diversité de ses missions (de la formation des étudiants à la recherche), l'amplitude des affections prises en charge (du court séjour à la psychiatrie en passant par les soins de réadaptation et de rééducation) et la couverture territoriale (la France compte 6.1 lits pour 1000 habitants, 8 en Allemagne mais 3.2 en Italie et 2.6 au Royaume Uni) en font un acteur majeur de notre paysage sanitaire.

Les modalités de financement sont aussi diverses que les missions à assurer mais la prédominance de la tarification à l'activité ou au prix de journée (63% au global) doit aujourd'hui se réduire pour être plus en phase avec les besoins épidémiologiques des patients.

## 3 objectifs

L'adaptation des modes de financements appliqués à l'hôpital prendra plusieurs formes :

→ **RÉDUCTION PROGRESSIVE** jusqu'à 50% des paiements liés strictement à l'activité ;

→ **INTRODUCTION DE MODALITÉS INNOVANTES DE RÉMUNÉRATION** des établissements pour tous les secteurs (qualité, forfait annuel, paiement groupé, dotation populationnelle par exemple) ;

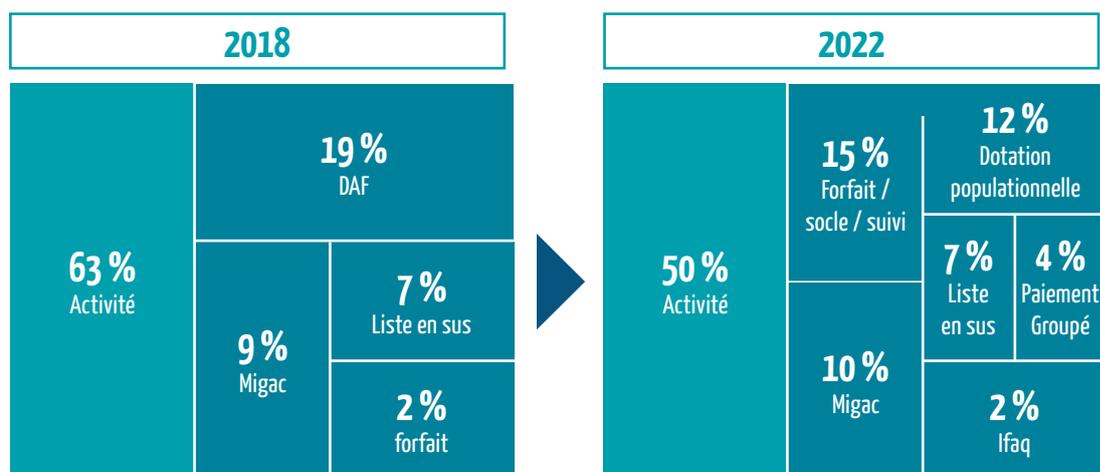
→ **INTRODUCTION DE CES NOUVELLES MODALITÉS DE FINANCEMENT** adaptées à chaque secteur d'activité.

## Les propositions

Les principales propositions de la task-force réforme du financement sont :

- **L'extension et l'amplification du financement à la qualité**, adapté à l'ensemble des secteurs de l'hospitalisation, et qui représenterait environ 2 milliards d'euros (2 % du financement) en 2022 ;
- **La montée en charge progressive de forfaits pathologies chroniques** à hauteur de près de 5 milliards d'euros à horizon 2022 ;
- **La mise en œuvre d'un paiement à la population** qui représenterait notamment pour la psychiatrie une part importante du financement (8 milliards d'euros) ;
- **La réforme du financement des activités de soins de suite et de rééducation (SSR) et de l'hospitalisation à domicile (HAD)** pour réviser les échelles tarifaires de ces deux secteurs et déterminer un financement socle pour ces deux activités ;
- **L'introduction suite aux réformes précitées de paiements groupés** (court séjour-SSR et court séjour-HAD) pour certaines prises en charge.

Au final, le financement des soins hospitaliers en France opérera une transformation majeure qu'illustre le schéma ci-dessous :





MA SANTÉ 2022  
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

# PAIEMENT AU SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

## Constat

L'augmentation continue du nombre de cas de pathologies chroniques est observée par tous les systèmes de santé occidentaux. En France, les pathologies chroniques représentent 20 millions de patients et 60 % des dépenses d'assurance maladie alors qu'elles ne concernent que 35 % des assurés. La prise en charge d'une personne atteinte d'une pathologie chronique (diabète, maladie rénale chronique, maladie cardio-vasculaire...) nécessite le plus souvent l'intervention de plusieurs professionnels de santé et le suivi par le patient d'un traitement clinique et/ou médicamenteux sur de longues périodes, même quand le patient peut se sentir en forme.

Le paiement à l'acte en ville ou au séjour dans les établissements, ne permet actuellement pas d'accompagner cette prise en charge au long cours, pour améliorer les résultats pour le patient. Ce mode de paiement ne valorise pas non plus la prévention et la coordination entre les professionnels de santé.

## L'objectif

L'objectif est d'inciter les professionnels à se focaliser sur la prévention, l'accompagnement du patient et sur les résultats de santé obtenus, bien plus que sur le nombre d'actes ou de séjours réalisés. L'enjeu est d'améliorer l'état de santé du patient, lui permettre d'être plus engagé dans son traitement et donc de retarder l'aggravation ou d'éviter les complications de la maladie.

Il s'agit de simplifier le suivi des patients et de permettre aux professionnels de santé de s'inscrire dans la durée, en leur donnant plus de flexibilité pour adapter le type de suivi de chaque patient à son état.

## Les propositions

Il est proposé de mettre en place un paiement au suivi sous la forme de forfaits de prise en charge dont la valorisation pourra être modulée en fonction des caractéristiques du patient, de sa maladie...Ce type de paiement est particulièrement adapté puisqu'il favorise un suivi de la maladie au long cours. Il est orienté sur la qualité de la prise en charge, l'expérience ressentie par le patient et sur la prévention de ses complications.

Pour les établissements de santé, seront mis en place des forfaits destinés à transformer la prise en charge des pathologies chroniques à complexité avérée (diabète, maladie rénale chronique, maladie cardio-vasculaire...). Aux prises en charge actuelles (consultations, hôpital de jour, hospitalisations de courte durée) seront substituées des prises en charge au long cours coordonnées par une équipe pluri-professionnelle comprenant médecin, infirmière de parcours, diététiciens, psychologues et améliorées par les innovations technologiques comme les objets connectés et le télé-suivi. La prise en charge médicale et paramédicale associera des patients experts et sera coordonnée avec la médecine de ville.

Très rapidement, de tels types de forfaitisation seront mis en place pour la médecine de ville, dans le respect des dispositifs conventionnels. Ainsi, pour le médecin généraliste, pour l'infirmière libérale, un forfait de prise en charge globale des patients pourra se substituer au paiement des actes actuellement réalisés pour le suivi de certaines pathologies chroniques. Il permettra de mettre en place un suivi à long terme du patient.

Ces forfaits pourraient, à plus long terme, éventuellement être étendus à plusieurs professionnels coordonnés entre eux et entre la médecine de ville et l'hôpital, en fonction des retours du dispositif d'expérimentation de l'article 51 sur les paiements groupés.



MA SANTÉ 2022  
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

# PAIEMENT GROUPÉ À LA SÉQUENCE DE SOINS

## Constat

Le mode de financement à l'acte et au séjour est peu incitatif à la coordination des professionnels de santé, chacun étant rémunéré pour sa propre prestation indépendamment de ce que les autres professionnels peuvent percevoir pour une séquence de prise en charge pouvant pourtant être commune.

Le patient peut alors avoir l'impression d'être le coordinateur des soins. Par ailleurs, des actes non pertinents ou redondants peuvent être facilement effectués du fait d'un transfert insuffisant de l'information.

Un paiement groupé (en anglais « bundled payment ») pour un groupe de professionnel pour prendre en charge un patient au cours d'une séquence de soins oblige les professionnels à se mettre d'accord sur l'apport de chacun pour pouvoir partager le paiement entre eux. La difficulté toutefois de ce mode de paiement est qu'il nécessite une contractualisation entre les acteurs concourant aux soins. Ceci peut se révéler complexe en France au vu de la multiplicité des professionnels, notamment en ville, encore très peu structurés.

## L'objectif

L'objectif est donc d'introduire très progressivement des modes de financements groupés parallèlement aux évolutions d'organisation.

Ce mode de paiement groupé favorisera la coordination et l'efficacité de la prise en charge en évitant les actes inutiles et non pertinents. Il doit permettre de diminuer les ré-hospitalisations non pertinentes.

## Les propositions

Les expérimentations dans le cadre de l'article 51 doivent être le premier outil de l'introduction de ces paiements groupés. Elles seront en effet portées par des groupes de professionnels et de structures qui se seront mis d'accord pour travailler ensemble.

En proposant un prix global pour une prise en charge déterminée sur une période fixée, ce forfait se substitue au paiement à l'acte et au séjour. Il intègre la phase de préparation à l'hospitalisation, l'intervention en elle-même et ses différentes composantes, ainsi que le suivi post-hospitalisation donc incluant les éventuelles complications sur une période pouvant aller de 90 jours à deux ans selon les expériences étrangères.

Les expérimentations de l'article 51 développées actuellement sur trois interventions chirurgicales permettront ainsi de tester le caractère opérationnel d'un mode de financement unifié pour une séquence donnée de soins ville-hôpital et d'évaluer les organisations les plus innovantes et efficaces. Ces expérimentations pourront être étendues à d'autres catégories d'interventions.

En cohérence avec ces expérimentations et au vu de leurs premiers apprentissages, des paiements groupés pourront être mis en place de manière progressive, en fonction de la capacité des acteurs, entre les secteurs de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de soins de suite et réadaptation (SSR) et d'hospitalisation à domicile (HAD) en vue d'inciter à la structuration de filière de soins en suite d'hospitalisation aiguë. Cette mise en œuvre de paiements groupés sera concomitante à la mise en place des réformes de financement dans ces secteurs, prévue à compter de 2021.

Les ré-hospitalisations pourront également faire l'objet de paiements groupés avec l'hospitalisation initiale dans un certain nombre de cas où cela est pertinent. Les exemples internationaux montrent que c'est généralement bénéfique pour la qualité des soins et l'amélioration de l'accompagnement du patient, à l'exception de certains types d'hospitalisation.



MA SANTÉ 2022  
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

# PAIEMENT À L'ACTE ET AU SÉJOUR, ET NOMENCLATURES

## Constat

Le paiement à l'acte pour les professionnels libéraux (y compris les laboratoires et les cabinets de radiologie) et la tarification à l'activité pour les établissements de santé représentent la modalité prépondérante pour le financement des soins (de 87 à 100% selon les spécialités médicales et de 63 % pour les établissements).

Cette modalité de financement garantit à tous les patients la réactivité du système de santé.

Ce mode de financement doit aujourd'hui s'adapter. La première adaptation a trait aux modifications structurelles de l'état de santé des Français. Bien adapté à la prise en charge pour des soins ponctuels, le paiement à l'acte ou à l'activité l'est moins pour le suivi des patients souffrant de pathologies chroniques dont la prévalence ne cesse de s'accroître et dont le suivi médical requiert une prise en charge coordonnée et continue. La seconde adaptation est liée aux nomenclatures qui déterminent le tarif de chaque acte ou activité. Il est essentiel que ces nomenclatures soient remises à jour au rythme de l'évolution des techniques médicales, sinon le paiement à l'activité devient peu pertinent puisqu'il dirige les financements sur des techniques dépassées et ne permet pas forcément au patient de bénéficier des nouvelles techniques plus efficaces.

## Les objectifs

Pour permettre une meilleure prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, la part du paiement à l'activité devrait diminuer au profit de l'introduction des modes de paiements combinés. Elle devrait rester importante et notamment majoritaire pour les soins de ville.

Néanmoins pour qu'elle reste pertinente, il faut engager la révision des nomenclatures de manière à les rendre plus réactives aux innovations technologiques. Il faut aussi transformer les processus de gestion des nomenclatures pour éviter une nouvelle dégradation à l'avenir.

## Les propositions

Les propositions de la mission task-force réforme du financement visent à :

- **Réviser les nomenclatures (CCAM, NABM et GHM)** afin d'introduire plus rapidement les innovations technologiques et mieux valoriser les activités consommatrices de ressources. Cette révision doit devenir permanente de manière à éviter les effets de décalage entre les pratiques et la réalité des soins. Pour l'hospitalisation, la révision doit permettre, aussi, de simplifier le travail des médecins et des soignants dans la codification des actes.
- **Introduire des critères de qualité et pertinence dans la réalisation des actes** : la révision des nomenclatures sera l'occasion de revoir les conditions préalables à la réalisation de certains actes afin d'assurer au patient les soins les plus pertinents possibles.
- **Substituer progressivement à l'acte des forfaits** : les pathologies chroniques seront progressivement financées par le biais de forfaits qui prendront en compte la lourdeur des patients, la qualité des soins et le nombre de patients pris en charge.



MA SANTÉ 2022  
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

# PAIEMENT À LA QUALITÉ ET À LA PERTINENCE

## Constat

Les modes de financement actuels, majoritairement à l'acte et à l'activité, ne valorisent pas directement la qualité, la pertinence des soins, la prévention et la coordination.

La meilleure qualité et la pertinence des soins effectués n'entraînent pas de modification de la rémunération des professionnels et des structures. Or elle est clef pour le patient : ce dernier souhaite pouvoir bénéficier de la meilleure qualité possible et des soins les plus pertinents.

La déontologie des professionnels est la première garantie de la qualité et de la pertinence des soins. Toutefois, de nombreuses études montrent qu'une transparence sur la qualité est nécessaire pour que son haut niveau soit garanti pour l'ensemble des soins et des patients.

## Les objectifs

Le paiement à la qualité et à la pertinence répond à une double nécessité. La première est de faire une place plus importante aux résultats pour les patients, et de pouvoir ainsi garantir à chacun une prise en charge de qualité. En particulier, la prise en compte des résultats rapportés par les patients eux-mêmes permet de considérer avec une égale attention la qualité purement clinique des actes et la qualité ressentie par les patients. La seconde nécessité est que les soins réalisés soient pertinents et centrés sur l'intérêt du patient, au regard des connaissances médicales les plus récentes.

## Les propositions

L'ensemble de la réforme des modes de financement a vocation à améliorer la qualité et la pertinence des soins. Les financements groupés pour plusieurs acteurs ou les paiement forfaitaires pour un meilleur suivi des pathologies chroniques ont pour objectif d'inciter à la prévention des complications et à la réduction des actes inutiles. De même, la mise à jour plus fréquente des nomenclatures d'actes est essentielle pour assurer la pertinence des soins.

En complément de ces évolutions, un paiement spécifique à la qualité et à la pertinence a vocation à devenir un compartiment de financement à part entière pour améliorer les résultats du système de santé. L'introduction de tels paiements pour la médecine générale en 2009 et pour certains établissements de santé en 2012 a constitué à cet égard une évolution importante.

Il est aujourd'hui nécessaire de marquer une nouvelle étape et d'étendre progressivement cette modalité de financement à l'ensemble des structures et des professionnels, autour de principes unifiés: nombre réduit d'indicateurs régulièrement renouvelés pour que les dispositifs soient compréhensibles et incitatifs, diffusion publique des résultats.

Le développement de ces modes de financement nécessite une mobilisation de l'ensemble des acteurs, des professionnels et des patients pour s'accorder sur des indicateurs, les produire puis les évaluer. En complément des indicateurs existants, une place plus importante pourra être ainsi faite aux indicateurs cliniques et aux résultats des soins tels que rapportés par les patients eux-mêmes. Ces derniers indicateurs ont été développés dans plusieurs pays. En France, un premier indicateur sur la satisfaction générale existe. Il devra être complété par des indicateurs concentrés sur les résultats des soins pour le patient, comme par exemple l'amélioration de sa capacité visuelle dans son activité quotidienne suite à une intervention chirurgicale pour la cataracte.

Enfin, les démarches d'amélioration de la pertinence des soins engagées sur le territoire devront être progressivement généralisées, en renforçant les outils et les leviers d'action à disposition des agences régionales de santé, des observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques, du réseau de l'assurance maladie et des professionnels de la région : éléments quantitatifs, objectifs nationaux pour certains actes, cibles régionales d'évolution des pratiques.

En parallèle, l'utilisation des indicateurs de prescription pourra être étendue afin que chaque acteur puisse disposer de manière régulière de son taux de prescription de produits de santé et de prestations tenant compte des caractéristiques de ses patients.



MA SANTÉ 2022  
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

# SOINS DE VILLE

## Constat

Si elle progresse, la coordination entre les professionnels de ville et ceux des établissements de santé reste insuffisante : des examens sont répétés, la prise en charge n'est pas suffisamment coordonnée, les prescriptions peuvent être trop importantes.

Les modes de tarification historiques – qui valorisent essentiellement l'acte en ville – ont commencé à évoluer, notamment pour les médecins généralistes : prise en compte de la qualité (avec des rémunérations dédiées), soutien à la gestion du cabinet. Ces modes de tarification restent toutefois largement minoritaires, et ne concernent que peu de professions.

## Les objectifs

La diversification des modalités de financement des soins de ville de suivre devrait se poursuivre et s'amplifier, pour adapter ces financements aux enjeux de transformation du système de santé : renforcer les actions de prévention, développer la coordination des professionnels. L'objectif est également que les changements de tarification en ville se fassent dans la même temporalité que ceux à l'hôpital, pour que le système devienne plus cohérent dans son ensemble.

## Les propositions

La task-force propose de déployer les différentes briques du paiement combiné pour les soins de ville, dans le respect du cadre conventionnel établi.

Pour les médecins généralistes, une première évolution concernerait la mise en place de forfaits de suivi de certaines pathologies chroniques. Ces forfaits se substitueraient au paiement actuel à l'acte : ils permettraient de renforcer encore le rôle clé du médecin traitant dans le suivi et l'organisation des soins, en renforçant l'incitation sur des soins de qualité.

Le paiement à la qualité et à la pertinence serait revu et renforcé : il prendrait une part plus importante qu'aujourd'hui dans la rémunération de chaque professionnel.

Enfin, le paiement pour la structuration et le travail en équipe serait augmenté : la task-force propose d'investir davantage qu'aujourd'hui dans le numérique et l'aide au fonctionnement des structures (dans le cadre des CPTS, et plus largement d'une aide à l'amélioration de la qualité des pratiques).

Dans tous les cas, le paiement à l'acte resterait majoritaire, bien que moins important qu'aujourd'hui.

Les médecins spécialistes exercent généralement le rôle de recours : dans ce cadre, le paiement à l'acte est généralement bien adapté. Toutefois, le développement de paiement à la qualité (quasi inexistant aujourd'hui) doit absolument se développer, tout comme les incitations à la coordination. Pour certaines spécialités plus techniques, exerçant des suivis au long cours, la forfaitisation d'une partie des honoraires pourrait être engagée, en cohérence avec les financements développés pour les pathologies chroniques.

Enfin, la rémunération des professionnels paramédicaux devra également s'inscrire dans cette logique de combinaison des paiements. Par exemple, pour les infirmiers, une rémunération à la qualité et la forfaitisation des actes de soins réalisés pour la prise en charge des pathologies chroniques pourraient rapidement être mis en œuvre. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, le paiement à la séquence de soins est particulièrement adapté.



MA SANTÉ 2022  
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

# PRODUITS DE SANTÉ

## Constat

La prise en charge des produits de santé présente de nombreuses particularités. Cette prise en charge représente une part importante de nos dépenses de santé : près de 20% de l'ONDAM, avec une consommation moyenne en France plus importante que dans les pays européens comparables. Le recours aux médicaments bien connus (génériques et biosimilaire) reste par ailleurs bien plus faible en France (de l'ordre de 35%) qu'en Angleterre ou en Allemagne (plus de 80%), alors même qu'ils sont utiles dans de nombreuses situations. Surtout, la question de la pertinence de certains traitements est régulièrement posée : la France reste par exemple parmi les trois plus gros consommateurs d'antibiotiques; le recours à certains psychotropes est très élevé dans notre pays au second niveau européen et quatre fois supérieur aux consommations observées en Allemagne et au Royaume-Uni avec des risques inhérents tels que les chutes pour les personnes âgées

## L'objectif

L'enjeu principal pour les produits de santé est de rendre leur prescription et leur utilisation plus pertinentes, et de meilleure qualité.

Il s'agit de développer les outils efficaces pour mettre concrètement en œuvre la formule : « le bon médicament, au bon patient ».

## Les propositions

La task-force propose en premier lieu de développer l'utilisation d'indicateurs précis de prescription, pour chaque professionnel de santé et pour chaque établissement. Il conviendrait que chaque acteur puisse connaître régulièrement son utilisation des médicaments génériques et biosimilaires, et comparer ses résultats à ceux des autres professionnels qui ont des patients comparables.

Les professionnels pourraient également être destinataires régulièrement d'indicateurs plus ciblés sur la pertinence de leur prescription (par exemple d'antibiotiques ou de génériques). Outre ces éléments chiffrés, des recommandations personnalisées devraient permettre en continu, pour chaque praticien, de savoir comment il pourrait rendre sa prescription plus efficace. Toutes ces données pourraient alors faire l'objet d'une rémunération spécifique pour les professionnels qui ont les prescriptions les plus pertinentes, ou qui changent leur pratique pour s'en rapprocher. C'est un exemple de rémunération à la qualité.

En second lieu, la task-force propose de faire évoluer la prise en charge des médicaments onéreux dans les établissements de santé. Il s'agirait de tester de nouveaux modèles de financement qui permettent d'impliquer plus fortement les professionnels en faveur de l'efficacité et de la pertinence des produits onéreux, comme ils le font déjà pour les produits moins chers qui sont financés sur le budget des établissements de santé. A court terme, une expérimentation pourrait être lancée avec quelques établissements volontaires.



MA SANTÉ 2022  
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

---

# RÉGULATION

---

## Constat

Le mode de régulation actuel permet de garantir le respect annuel de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) depuis 2010 notamment par le biais de mises en réserves nationales, mais ne permet pas d'agir sur les déterminants de l'accroissement des volumes. De surcroît, le manque de visibilité pluriannuelle nuit au pilotage de l'activité par les professionnels.

## Les objectifs

La recherche de la pertinence sera un élément indispensable pour assurer la qualité des prises en charge et redonner des marges au système de santé.

En complément, il est important de donner une visibilité pluriannuelle aux acteurs sur l'évolution des financements afin que ces derniers puissent adapter leurs organisations, leurs procédures ou leurs activités.

## Les propositions

De nombreuses démarches visant à l'amélioration de la pertinence sont d'ores et déjà engagées notamment dans le cadre de « Ma santé 2022 » et en lien avec les conseils nationaux professionnels. Celles développées au niveau des territoires devront être appuyées et outillées.

En complément, la combinaison de modes de paiement alternatifs au paiement à l'acte et à l'activité permettra progressivement d'introduire des comportements différents en matière d'activité, en encourageant les acteurs à éviter les actes inutiles et en recentrant la régulation sur l'activité pertinente. La question de la pertinence des prescriptions notamment des produits de santé devra être intégrée dans ce dispositif.

Par ailleurs, la task-force considère essentiel de définir une politique pluriannuelle tant en ce qui concerne la révision des éléments de financement que les évolutions tarifaires. Les prévisions d'évolution de la dépense devront également être plus transparentes pour les acteurs.

Cette politique sera cohérente avec les objectifs pluriannuels de l'ONDAM fixés par le Parlement. Elle détaillera l'évolution des tarifs sur une périodicité de trois à cinq ans par activité ou spécialité ainsi que les parties de la nomenclature qui seront révisées en cohérence.

Concrètement, pour l'hospitalisation, les tarifs seraient fixés par arrêté sur une période de 3 à 5 ans. Les tarifs pourraient varier mais leurs variations seraient prévues par un arrêté pluriannuel. Par ailleurs, un calendrier de révision pluriannuel des nomenclatures des séjours serait annoncé, avec par exemple, médecine année n, chirurgie année n+1, soins de suite et réadaptation année n+2, ... Cela n'empêcherait pas d'introduire dans l'intervalle d'éventuels nouveaux tarifs liés à de nouvelles techniques médicales.

Pour les soins de ville, les conventions pourraient proposer des trajectoires pluriannuelles par exemple par groupe d'actes et fondées, à compter de 2022, après la révision globale de la classification commune des actes médicaux (CCAM), sur un programme de révision des nomenclatures.

Pour les produits de santé, la trajectoire des tarifs serait également déclinée, en reprenant les engagements du Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS).

En l'absence de cette visibilité, les réformes de mode de financement paraissent peu utiles.

Cette visibilité pourrait d'ailleurs être renforcée par une extension de l'avis du comité d'alerte à l'ensemble des hypothèses sous-jacentes à l'ONDAM pluriannuel, notamment les hypothèses d'évolution des volumes.

En plus de ce travail sur la pluri-annualité, la task-force propose une fusion et/ou une redéfinition du périmètre de la plupart des sous objectifs de l'ONDAM. Dans un modèle de tarification combinée, dont certaines modalités peuvent concerner plusieurs secteurs, la décomposition par sous-secteur perd de son sens. Un objectif unique aurait probablement plus de sens. Des analyses spécifiques pourront éclairer régulièrement le Parlement, notamment pour mieux comprendre les facteurs épidémiologiques qui sous-tendent l'évolution des dépenses.