

DÉPÊCHE DU 24/09/2019

Forfaits pathologies chroniques: parution du décret sur les modalités d'éligibilité et de rémunération des établissements

Mots-clés : #établissements de santé #protection sociale #néphro #diabète-obésité #ARS #juridique #finances #hôpital #clinique #Espic #assurance maladie #accès aux soins #qualité-sécurité des soins #patients-usagers #ministère-santé #rémunération

PARIS, 24 septembre 2019 (APMnews) - Un décret publié mardi au Journal officiel crée les premiers forfaits de prise en charge de certaines pathologies chroniques et détaille les modalités d'éligibilité et de rémunération des établissements.

La mise en place de ces nouveaux forfaits fait partie de la réforme du financement du système de santé, fondée sur les propositions de la *task force* pilotée par Jean-Marc Aubert, les résultats d'une concertation menée jusqu'à fin mars et des réunions avec les professionnels, les fédérations d'établissements, les sociétés savantes, les patients et les associations (cf [dépêche du 29/01/2019 à 16:42](#) et [dépêche du 30/01/2019 à 17:25](#)).

Les forfaits de suivi annuel des patients atteints de pathologies chroniques visent à inciter les professionnels à se focaliser sur la prévention et sur les résultats obtenus plutôt que sur le nombre d'actes ou de séjours réalisés, rappelle-t-on. L'objectif est que cette modalité de financement concerne entre 6% et 10% du financement global du système de santé d'ici à 2022.

Il est prévu de commencer à la mettre en oeuvre pour la maladie rénale chronique (stades 4 et 5) dès le 1er octobre puis, début 2020, pour le diabète, en raison de discussions encore en cours sur le montant des forfaits (cf [dépêche du 18/09/2019 à 16:08](#)). Ces forfaits devraient ensuite être étendus à d'autres pathologies chroniques, rappelle-t-on (cf [dépêche du 13/03/2019 à 19:30](#) et [dépêche du 04/07/2019 à 16:34](#)).

Le décret publié mardi crée ces forfaits annuels pour la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques.

Pour les pathologies concernées, un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale précisera le périmètre des prises en charge couvertes "compte tenu de l'objectif d'amélioration du parcours de soins", les critères d'inclusion des patients ainsi que l'équipe pluriprofessionnelle requise.

Les établissements éligibles toucheront une rémunération annuelle pour couvrir les moyens mis en oeuvre lorsqu'ils prennent en charge annuellement "un nombre minimal de patients", défini par arrêté.

Néanmoins, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), il pourra être dérogé à ce nombre minimal. Un établissement pourra quand même être éligible quand "son activité est nécessaire pour garantir l'accessibilité territoriale des patients aux prises en charge concernées", dans des conditions définies par arrêté.

La liste des établissements éligibles (pour une durée de 3 ans renouvelable) sera établie par arrêté et révisable tous les ans.

Les établissements y figurant s'engagent à mettre en place une équipe pluriprofessionnelle "dans un délai d'un an maximum", dans le cadre de leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

S'agissant de la rémunération annuelle, elle tiendra compte de 4 éléments:

- l'activité réalisée par l'établissement au titre des prises en charge concernées, mesurée notamment par le nombre de patients pris en charge annuellement
- le respect de conditions minimales de prise en charge, mesurées par le nombre et la nature des prestations réalisées
- les caractéristiques des patients et, le cas échéant, des prises en charge en fonction de la gradation des soins
- les résultats de l'établissement pour les indicateurs liés à la qualité (qualité des prises en charge cliniques, celle perçue par les patients et celle de la coordination des prises en charge).

Une rémunération minimale garantie

"Une rémunération minimale est garantie aux établissements éligibles afin de préserver leur capacité à exercer une activité minimale", indique le décret.

Un arrêté doit déterminer les informations "recueillies par les établissements éligibles et tenues à la disposition des ARS", ainsi que les modalités de calcul du montant de la rémunération annuelle et de fixation du montant de la rémunération minimale.

Ce sera au directeur général de l'ARS d'arrêter, dans un délai de 15 jours suivant la publication des tarifs des établissements de santé et pour chaque établissement éligible, le montant de la rémunération annuelle "sur la base des données recueillies sur l'activité de l'année antérieure". La rémunération sera versée par douzièmes.

"Au titre de la période comprise entre la date d'entrée en vigueur du présent décret et le 31 décembre 2020 [...], le montant arrêté par le directeur général de l'ARS, établi notamment en fonction du nombre de patients estimé pour la période concernée, [...] peut faire l'objet d'une régularisation au plus tard le 31 mai de l'année suivante, selon des modalités fixées par arrêté".

Selon un document du ministère des solidarités et de la santé qu'APMnews a pu consulter la semaine dernière, les tarifs des forfaits annuels de suivi de la maladie rénale chronique (MRC) seront compris entre 270 et 575 euros en fonction du type d'établissement et du stade de la pathologie du patient (cf [dépêche du 19/09/2019 à 09:56](#)).

(Journal officiel, mardi 24 septembre, [texte 2](#))

cb/ab/APMnews

[CB1PYBS2O]

POLSAN - ETABLISSEMENTS

Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.

©1989-2019 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/110017/341001/forfaits-pathologies-chroniques-parution-du-decret-sur-les-mod>

Copyright Apmnews.com