

L'expérimentation « Facilisoins »

Nouvelle Aquitaine – 4 février 2022

Rappel du contexte et des enjeux



- ❑ Modèle cible issu du rapport du Dr. Philippe Denormandie et de Stéphanie Talbot
- ❑ Expérimentation d'un nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissement pour personnes en situation de handicap

Objet de l'expérimentation :

- ❑ Proposer un parcours de santé inclusif et coordonné des personnes en situation de handicap hébergées en ESMS, en mobilisant au mieux les ressources en santé du territoire, en particulier les soins de ville, selon les besoins spécifiques des personnes.
- ❑ L'expérimentation doit permettre aux établissements de recentrer leurs missions sur l'accompagnement médico-social des personnes et la coordination de leur parcours de santé, y compris la prévention.

Travail partenarial depuis nov. 2020

DGCS – DGOS – DSS – CNAM – SGMAS
EN51- cabinet SEPH - CPAM Haute Garonne
ARS (DD et région Occitanie)

Autorisation d'un prototypage (= un
POC) en Haute Garonne 21/04/2021 (JO)

Rappel du contexte et des enjeux – focus AAC

- Publication de l'arrêté le 22 novembre 2021, arrêté relatif à l'expérimentation nationale d'un forfait santé en ESMS – nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissement pour personnes en situation de handicap et prévoyant un appel à candidatures.

↳ *Cet arrêté prévoyait une date de clôture de l'AAC au 15 janvier 2022. Conscients de la difficulté engendrée par un délai peut-être trop court, il a été décidé de prolonger le délai de remontée des candidatures.*

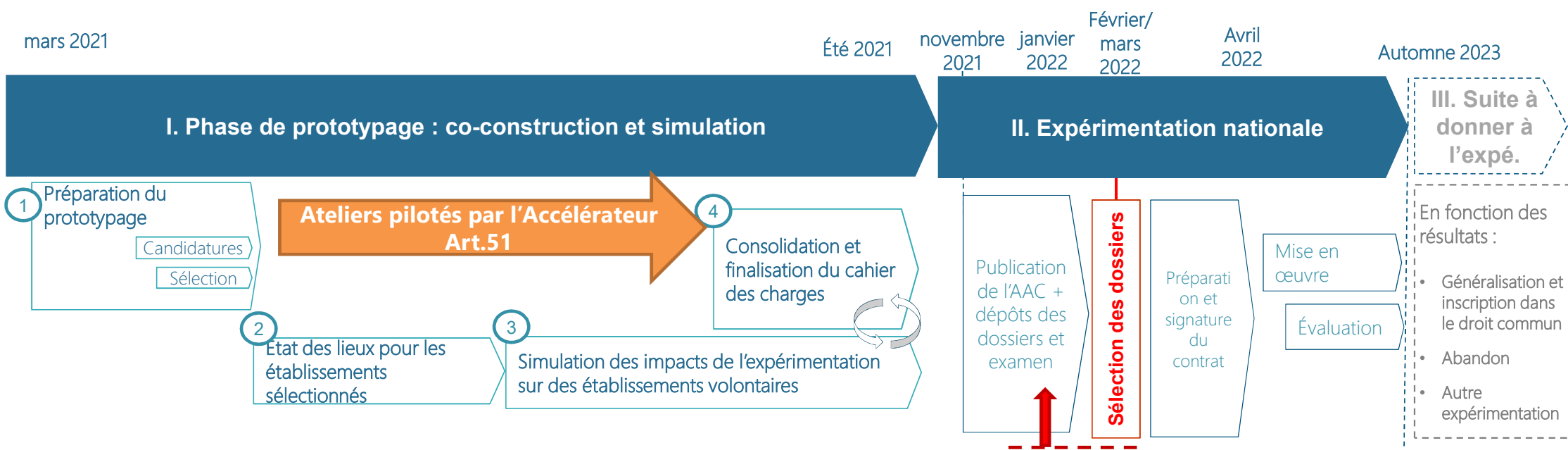
- Arrêté du 23 décembre 2021 portant modification de l'arrêté du 22 novembre : prévoit désormais une date de clôture (= date butoir) de remontée des dossiers au **21 février 2022**.

↳ *Cette information, ainsi que l'outil d'aide à l'instruction conjointe, a été diffusée auprès des ARS (via un envoi du SGMAS aux DG) et de l'Assurance Maladie (transmission au DG de la CNAM).*

- Tous les éléments relatifs à l'expérimentation (dont l'AAC) sont disponibles au lien suivant :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/experimentations-en-cours>

Feuille de route dans le cadre de l'Article 51



Précisions:

- 21/02/2022 : clôture AAC et sélection des dossiers admissibles (1^{er} filtrage)
- Du 21/02/2022 jusqu'au 15/03/2022 : retour des grilles d'évaluation des binômes ARS/CPAM suite à instruction conjointe
- 22/03/2022 : retour des grilles d'évaluation des membres du comité d'évaluation incluant les évaluations ARS/CPAM
- 29/03/2022 : réunion du comité d'évaluation et sélection finale des candidats
- 05/04/2022 : notifications aux établissements

Une expérimentation à deux volets :

Un volet économique = le « forfait santé »

- Faire en sorte que le coût des soins de ville et des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux individuels) soit financé par l'assurance maladie de droit commun. *(précisions dans la slide suivante)*
- En revanche, les soins de nursing, les activités de coordination de la prévention et des soins, l'accompagnement de la déficience et de l'autonomie resteraient pris en charge sur le budget de l'établissement dans le cadre d'un « forfait santé ».
- Ce financement devra s'appuyer en priorité sur les mécanismes déjà existants (entente préalable et soins complémentaires), notamment pour les masseurs-kinés et orthophonistes

Un volet organisationnel = ce que le « forfait santé » a vocation à financer

- L'enveloppe financière actuellement dédiée aux soins et actes ayant vocation à intégrer l'ONDAM de ville ne sera pas soustraite de la dotation des établissements prenant part à l'expérimentation. Cette enveloppe a vocation à financer des modalités organisationnelles innovantes en matière d'accès aux soins des personnes en situation de handicap accueillies.
- Parmi les missions socles à renforcer, la coordination est un sujet majeur et dont les modalités sont très diversifiées. Pour vous accompagner à la définition des modalités organisationnelles innovantes à mettre en œuvre lors de l'expérimentation une annexe du cahier des charges offre des exemples concrets *(autres exemples en slide 7)*.

Qu'est-ce qu'on entend par « forfait santé » ? :

Le forfait fait l'objet d'une négociation entre l'établissement, la CPAM et l'ARS locales. Il est propre à chaque établissement et se calcule en prenant compte les ensembles suivants :

Les activités ayant vocation à être toujours financées sur le budget de l'établissement

- 1) La coordination de soins et la prévention ;
- 2) Les soins d'hygiène et de confort permettant de préserver l'autonomie ;
- 3) Les soins et actes de réadaptations et d'accompagnement à l'autonomie

Ces 3 activités ont vocation à être toujours financées sur la dotation de droit commun (ONDAM médico-social) dans le cadre de l'expérimentation. **Ces montants ne seront pas retirés de la dotation lors de l'expé.**

Les soins ayant vocation à être financés par l'Assurance Maladie (droit commun)

Sont concernés les autres soins que ceux définis plus tôt ainsi que les actes réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L.1411-7 du CSP.

Ces soins ont vocation à être financés par l'ONDAM de ville et non plus par la dotation de l'établissement.

Dans le cadre de l'expérimentation, **ces montants ne seront pas retirés de la dotation mais devront être utilisés pour financer des innovations organisationnelles.**

Les médicaments et dispositifs médicaux individuels

Correspondent aux dépenses de médicaments (dont molécules onéreuses) et dispositifs médicaux individuels.

Ce montant sera retiré de la dotation à compter de la signature du contrat et ce pour toute la durée de l'expérimentation. Il est calculé à partir de la moyenne du compte 6021 "Achats produits pharmaceutiques et produits à usage médical" sur les 3 dernières années (voir annexe 11 du cahier des charges).

Quelles innovations puis-je financer ?

L'expérimentation « Facilisoins » est l'occasion de proposer des modalités organisationnelles innovantes pour améliorer l'accès à la Santé des personnes que vous accompagnez. **Le cahier des charges n'est pas prescriptif.** Peuvent toutefois être identifiées comme pistes:

1. Renforcer le suivi et la coordination du parcours de santé de la personne

Exemples :

- **Gestion des rendez-vous médicaux (en dehors de l'établissement) par les familles tuteurs** : *réponse* : centralisation des prises de rendez-vous et de la communication aux personnes intéressées (proches aidants, médecin traitant...) recrutement ou renforcer outils SI
- **Les familles/tuteurs arrivent avec de multiples prescriptions, risque qu'elles des chevauchent** : *réponse* : réalisation d'une consultation à l'entrée pour faire le point sur les différentes prescriptions et les professionnels qui gravitent autour de la personne.
- **Dédier du temps à l'organisation des transports** (recrutement d'un coordinateur)

2. Renforcer les liens avec les acteurs en dehors de l'établissement

Exemples:

- **Avec les PS locaux** : Recruter un médecin coordinateur ou un IDEC formé et particulièrement sensibilisé aux enjeux de la constitution d'un réseau/maillage solide sur le territoire de l'établissement => financer du temps dédié à la création de réseau de ville.
- **Avec les administrations** : Recruter ou renforcer le rôle de s'assistant(e) social(e) pourrait se charger de faire le lien avec les administrations. Le MEDCO peut aussi assurer le lien avec les tutelles. Concernant les démarches administratives de la mise à jour et l'ouverture des droits à l'assurance maladie, permet de travailler en lien plus étroit avec les CPAM

3. Garantir l'accès aux soins en milieu ordinaire pour les personnes en situation de handicap accueillies

Exemples:

- **Beaucoup d'aller-retour au SAMU si absence du médecin traitant, sans retour d'information sur les soins prodigués** et souvent les résidents n'ont pas la capacité de s'exprimer sur le sujet : *réponse* : mise en place de fiches de liaisons d'urgence et inciter les pompiers, urgentistes, SAMU
- **Méconnaissances des spécificités de prise en charge par les pompiers (ou SAMU) + parfois les directives anticipées ne sont pas respectées** ce qui génère des problématiques médicales : *réponse* : formation/sensibilisation, transmission des outils (fiches réflexes, fiches Santé BD).

Quid de la contractualisation tripartite ? (1/3)

Principe

- La réforme proposée doit accompagner (et traduire) une réflexion globale à l'échelle du territoire et, en interne à l'établissement, d'une implication de toute l'équipe.
- Il est proposé que le montant du « forfait santé » soit négocié puis contractualisé par chaque établissement avec l'ARS et sa CPAM sur la base d'un projet d'organisation de l'établissement. Le montant des ressources ainsi consacrées à ce projet et à la réalisation des objectifs négociés constituera le forfait santé. En cas d'autorisation conjointe, le CD sera tenu informé de la démarche et de la contractualisation finale.
- La contractualisation permettra non seulement de fixer le cadre du forfait santé mais également de poser un diagnostic des axes organisationnels et qualitatifs à mettre en œuvre par l'établissement pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées

Traduction concrète

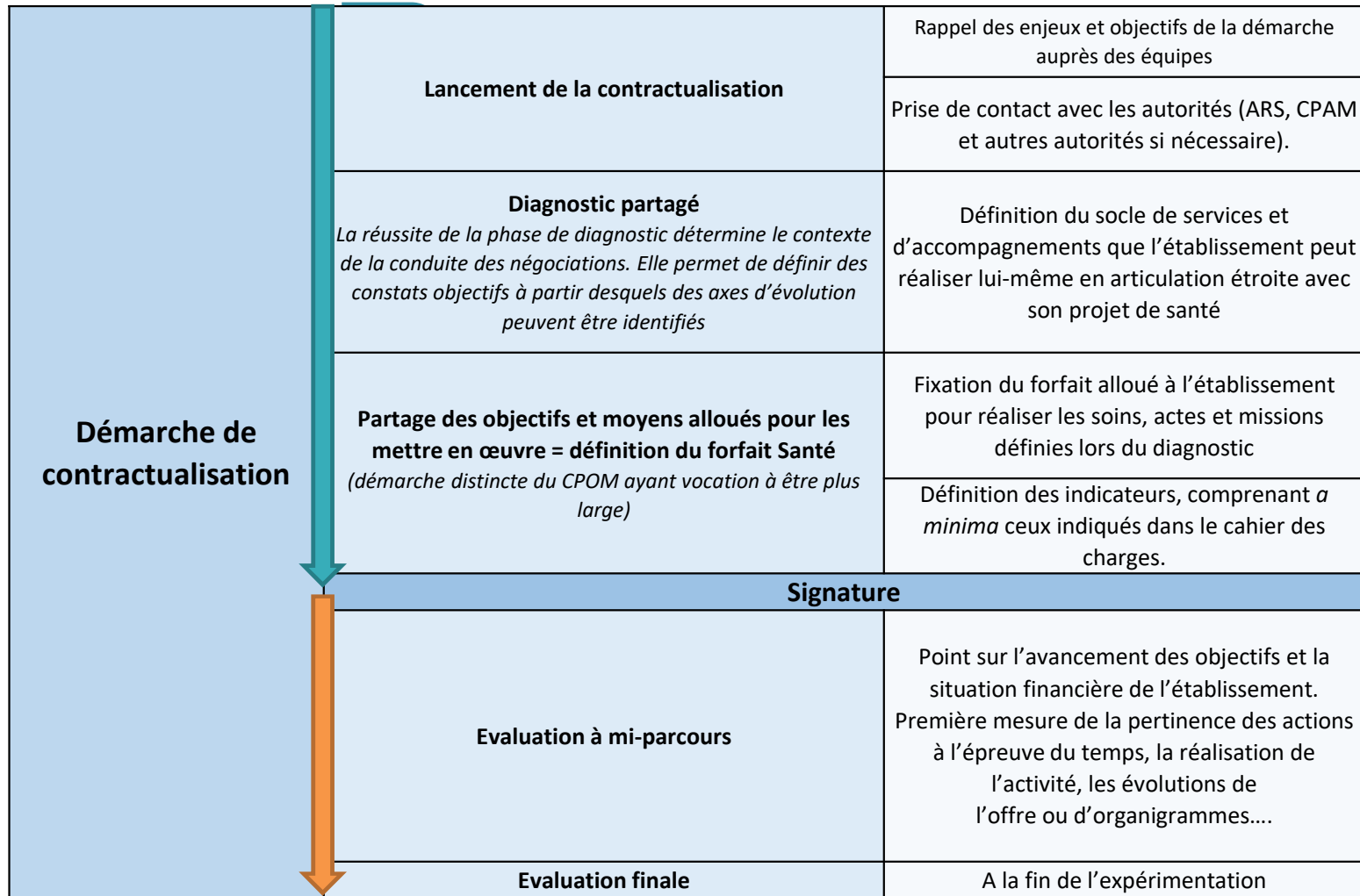
- Le contrat porte tant sur des aspects quantitatifs (le montant du forfait santé) que qualitatifs. Elle permet de réunir les acteurs concernés (en charge des financements mais aussi en charge du suivi des objectifs) et en capacité de prendre des décisions.
- Une proposition de support de contractualisation est intégrée au cahier des charges.

Quid de la contractualisation tripartie ? (2/3)

Pourquoi contractualiser ?

- La contractualisation d'un forfait santé permet l'innovation, notamment parce qu'elle offre la possibilité de proposer des organisations innovantes en matière d'accompagnement (prévention, coordination des soins...) et d'y joindre des moyens.
- Elle est caractérisée par davantage de souplesse (primordial pour se projeter dans des projets). Néanmoins elle nécessite une confiance partagée entre les parties : ainsi, le gestionnaire s'engage à réaliser un diagnostic, réaliste et fidèle, communiqué aux autorités qui seront chargées d'établir le montant du forfait.
- Ces dernières s'inscrivent dans le même temps dans un rôle d'accompagnement des projets (ex. modalités organisationnelles innovantes, recrutement d'un médecin coordinateur ou d'un IDEC...) tout en conservant un droit de contrôle sur l'utilisation des moyens publics, et ce, dans une relation de transparence.

Quid de la contractualisation tripartie ? (3/3)



Pourquoi ne peut-on pas donner de liste exhaustive des actes finançables par l'AM de droit commun ?

- CNAM dans son rapport « *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2020* », met en évidence des difficultés de recours aux soins pour les personnes en situation de handicap.
 - ↳ *Ce rapport ne permet cependant pas de caractériser la situation des personnes accueillies par un établissement médico-social, car les systèmes d'information de la CNAM ne permettent pas de les identifier et ne comprennent pas la part des soins financés par le budget de l'établissement (soins de ville et pharmacie).*
- L'information n'est pas non plus disponible du côté des établissements médico-sociaux, ou du moins pas toujours de façon accessible :
 - ↳ *Ceux-ci sont en effet financés par une dotation globale ou un tarif journalier, déterminés de manière globale et historique pour l'ensemble de leurs missions, sans distinguer celles relatives à la santé des personnes.*
- Les études nationales de coûts (ENC) conduites dans le cadre du projet Serafin-PH ne permettent pas, à ce stade, de tirer des conclusions en la matière.
 - ↳ *Elles font apparaître que la consommation en soins est très variable d'un établissement à l'autre et en fonction du profil des personnes accueillies mais ne permettent pas d'évaluer statistiquement la consommation en soins en fonction du statut de l'établissement.*



Rappel des informations utiles et boîte à outils



Appui à la mise en œuvre (**CAI**): enveloppe maximale de 50 000€ par établissement pour la durée de l'expérimentation (18 mois)

- *L'octroi de ces crédits sera soumis à la présentation par chaque établissement, lors de sa candidature, d'un budget prévisionnel permettant de déterminer l'usage qui en sera fait.*



Outils en annexe du cahier des charges

- *Guide d'appropriation et de mise en œuvre de l'expérimentation*
- *Fiches méthodologiques (ex. fiche pratique sur la prise en charge des enfants protégés dans le cadre du droit commun; sur les demandes d'accord préalable...)*
- *Trame de contractualisation « Etablissement PH-ARS-CPAM »*