

DOCUMENT N° 15 :

REMUNERATION A L'EPISODE DE SOINS

Ce travail est établi sous la responsabilité du secrétariat général du HCAAM, il n'engage pas le Haut Conseil

Sommaire

| | |
|--|----------|
| Expérimenter des modalités innovantes de financement..... | 3 |
| 1. Le principe général et les objectifs d'un financement au parcours | 4 |
| 2. Les avantages et les risques attendus d'un financement au parcours..... | 4 |
| 3. Les préalables requis pour la mise en place du paiement à l'épisode | 6 |
| 4. Démarrer par des expérimentations | 8 |

Expérimenter des modalités innovantes de financement

Plusieurs facteurs militent pour diversifier les modalités de tarification.

- a) Depuis la mise en place de la T2A en secteur hospitalier, le principe de financer l'activité plutôt que les structures est devenu majoritaire dans le système de soins, mais avec des principes différents d'un secteur à l'autre et des rigidités liées à une gestion séparée des enveloppes. En conséquence, les transferts d'activité souhaitables (notamment dans le sens hôpital vers la ville) sont freinés, chaque offreur de soins cherchant à maintenir son activité. Le système tarifaire gagnerait en conséquence à rechercher des solutions instaurant davantage de transversalité entre secteurs.
- b) Pour accompagner le parcours de soins de malades chroniques, le système actuel apparaît contre-productif, avec un parcours « segmenté », une coordination non valorisée, des prestations utiles et nécessaires comme l'éducation thérapeutique financées sur des bases fragiles et non pérennes. Il ressort donc le besoin d'un système tarifaire plus intégré, et en tous cas la mise en place de financements transversaux, non ciblés *a priori* sur un acteur donné (pour la prise en charge d'épisodes de pathologies chroniques).
- c) Certaines prises en charge recouvrent un ensemble d'actes et prestations associés, et justifient que soit mis en place un forfait ; c'est déjà le cas par exemple pour certaines interventions de prestataires de soins à domicile à travers la LPP, où sont inscrits des forfaits couvrant les matériels et des prestations à domicile. Ce type de forfait permettant de couvrir des prestations composites pourrait être étendu à d'autres situations, par exemple une hospitalisation incluant l'organisation de l'aval de l'hospitalisation et la coordination de court terme avec les acteurs de ville.

Pour ces différentes raisons, des systèmes de « paiement groupé » (« bundle payment ») ont été mis en place dans plusieurs pays, à titre expérimental ou même pérenne. Ce système généralise le principe : « l'argent suit le malade ». Pour des raisons de principe et de faisabilité sur lesquelles nous allons revenir, ce type de système ne peut être généralisé à l'ensemble du système, mais pour des affections ciblées ou des segments de prise en charge, il pourrait permettre d'améliorer des situations faisant l'objet de blocages persistants.

Par construction, ce type de financement transversal peut être versé à n'importe quel acteur, pour peu qu'il soit organisé pour suivre le parcours du patient et financer les différents intervenants de la prise en charge.

Plusieurs termes sont utilisés pour traduire « bundle payment » : paiement (ou forfait) au parcours, paiement (ou forfait) à l'épisode de soins, forfait global par patient,..., pouvant englober des dépenses hospitalières et de ville. Nous parlerons ici de paiement à l'épisode.

Rappelons que le ministère de la Santé a choisi de démarrer des expérimentations de financement au parcours de soins pour 3 types de populations (lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015) :

- Les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique ;
- Les personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe ;
- Les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère.

1. Le principe général et les objectifs d'un financement au parcours

Le principe général d'un financement au parcours est de fixer, pour un épisode de soins (par exemple une hospitalisation, les soins pré et post-opératoires, les réhospitalisations...) ou une période donnée pour les pathologies chroniques (semestre ou année), une rémunération forfaitaire globale pour tous les acteurs qui interviennent dans la prise en charge de cet épisode, pour l'ensemble des moyens nécessaires (prothèses, médicaments, transports, etc.).

Les soins et prescriptions motivés par d'autres pathologies ou d'autres événements sans lien avec l'épisode ont vocation à être payés selon la procédure habituelle ; ce sont les soins « hors forfait ».

Il y a deux grands types d'approche :

- L'approche par épisode au sens strict, basée sur un épisode caractérisé, limité dans le temps, l'illustration classique étant une intervention chirurgicale programmée ;
- L'approche populationnelle (ou territoriale), plus adaptée aux pathologies chroniques, selon laquelle l'opérateur gère les parcours d'un ensemble de patients atteints d'une affection donnée sur un territoire, pendant une certaine période, ouvrant alors la possibilité de financer par cette voie les tâches de coordination, l'accompagnement du patient, etc.

L'objectif général de la mise en place d'un tel système est d'améliorer l'efficacité des prises en charge, avant tout en limitant les hospitalisations (aussi bien les hospitalisations évitables que celles potentiellement évitables), mais aussi en limitant les actes et services inutiles ou inappropriés, via une amélioration de la qualité de prise en charge par une meilleure coordination entre professionnels dans la délivrance des soins.

2. Les avantages et les risques attendus d'un financement au parcours

Les avantages attendus sont, dans cette logique, les suivants :

- Le paiement à l'épisode (par rapport au paiement à l'acte ou au séjour) incite à la substituabilité de plusieurs options de prise en charge :
 - Les offreurs de soins sont incités à mettre en place la combinaison de moyens la plus efficace pour chaque épisode, c'est-à-dire les prises en charge les moins coûteuses, à qualité égale (ex : choix entre SSR et rééducation en ambulatoire),
 - Dans cette optique, plus le périmètre de dépenses est large, plus sont nombreux les leviers d'efficacité.
- Il incite notamment l'établissement de santé à préparer la sortie, à s'impliquer dans la prise en charge d'aval et à se coordonner avec les professionnels de ville, afin de réduire le taux de complications et de réhospitalisations.

- C'est ainsi un puissant facteur pour rompre avec la logique « en silos » du système de soins et à décloisonner certains segments du système de soins, favorisant :
 - Une meilleure coordination entre acteurs de ville, acteurs hospitaliers et acteurs médico-sociaux,
 - Une implication du patient dans la gestion de son parcours (avec nécessité de prévoir un volet important d'éducation thérapeutique et d'accompagnement du patient),
 - Une maîtrise du recours à l'hospitalisation, aussi bien pour des raisons de coût qu'au titre de la qualité des soins.

Cette procédure comporte toutefois certains risques, qu'il s'agira d'éviter au moment de mettre au point les détails d'un tel dispositif :

- Eventuels problèmes de sélection des patients liés à l'hétérogénéité du coût des patients au sein du forfait :
 - Pour éviter au maximum ce type de problème, il est nécessaire de stratifier les patients en groupes les plus homogènes possible en termes de consommations de ressources, en fonction de caractéristiques observables (âge, comorbidités, environnement social et familial le cas échéant...) ; il y aurait autant de forfaits que de groupes ainsi constitués,
 - En outre, peut être prévue une procédure exceptionnelle pour des patients « outliers », à savoir des cas catastrophes qui, après un certain seuil de dépenses, feraient l'objet d'un remboursement complémentaire.
- Baisse de la qualité des prises en charge :
 - Ce risque, inhérent à tout système de paiement forfaitaire, contrebalancé par l'éthique des professionnels de santé, demande que des indicateurs de qualité soient mis en place et suivis, dans le cadre de protocoles de prise en charge précis,
 - Il peut aussi être envisagé l'intégration dans le forfait d'objectifs de qualité.
- Complexité des circuits financiers dans les systèmes non intégrés : le système d'information doit permettre de suivre les prestations des différents acteurs pour un patient donné, pour disposer des éléments de répartition du forfait.
- Surcoûts induits :
 - Coûts de mise en place et de gestion du système (élaboration des protocoles, mise en place du système d'information...), coûts de coordination,
 - Les soins « hors forfait » peuvent augmenter rapidement. L'existence de ce risque nécessite la mise en place d'un système d'évaluation réactif mais peut être minimisé par une définition très précise et très stricte de l'épisode rémunéré par le forfait,
 - Utilisation dévoyée du codage des actes et prestations. Ce risque est commun à tous les systèmes de facturation, et suppose des contrôles de la part des services médicaux de l'assurance-maladie.

3. Les préalables requis pour la mise en place du paiement à l'épisode

Certains préalables sont requis pour la mise en place du paiement à l'épisode.

Disposer d'un système d'information des données

En premier lieu, il faut disposer d'un *système d'information* des données de santé capable de chaîner les contacts de soins d'un patient :

- pour déterminer les parcours observés,
- pour calculer les dépenses liées à ce parcours,
- pour évaluer l'adéquation de ces parcours aux recommandations de bonnes pratiques.

Le SNIIRAM et le PMSI, bases exhaustives sur les remboursements et les hospitalisations, répondent à ce préalable.

Disposer d'un échange de données médicales

Il faut en outre disposer d'un *système d'échange de données médicales* entre les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient, notamment en cas de mise en place d'un dispositif de coordination. Il faut ainsi dans l'idéal disposer d'un dossier médical informatisé partagé. Les expériences étrangères ont montré l'importance du système d'information dans ces dispositifs de paiement à l'épisode, aussi bien pour les échanges d'information au quotidien entre les acteurs que pour les circuits financiers (gestion et répartition du forfait) et pour le contrôle et le suivi des indicateurs d'activité et de qualité.

Définir des protocoles sur les parcours de soins

Un troisième préalable indispensable est l'existence de *protocoles sur les parcours de soins* dans les différentes pathologies, définissant qui fait quoi à quel moment dans quelle situation. La HAS a déjà rédigé un grand nombre de référentiels sur les parcours de soins. Et même si ces référentiels ne sont pas tous adaptés au cadre du financement à l'épisode, ils pourraient être complétés en ce sens.

Il s'agit de caractériser l'épisode :

- En définissant le début et la fin de l'épisode ;
- En décrivant le parcours suivi par le patient : qui fait quoi à quel moment ? quelle place pour le généraliste, le(s) spécialiste(s), les professions paramédicales, l'établissement de santé,... ? ;
- En précisant ce qui est dans le forfait et ce qui est hors forfait, en termes de biens, services et prestations ;
- En précisant si les complications de la prise en charge sont incluses ou non dans le forfait, et si oui :
 - o lesquelles,
 - o quelle est la part de ces complications qui peut être considérée comme évitable,
 - o quelles sont les complications rares et graves pouvant faire l'objet d'une procédure de paiement exceptionnel en sus du forfait.

Il faut ainsi une définition normative du contenu de la prise en charge, avec des recommandations de bonnes pratiques, opérationnelles, qui vont au-delà de la seule vision clinique, et intègrent les aspects organisationnels.

Définir un référentiel de qualité

Cette caractérisation doit s'accompagner de la définition d'un *référentiel de qualité*, incluant des indicateurs de qualité de prise en charge ; ceux-ci peuvent jouer deux rôles dans un tel dispositif :

- Contrôle de la qualité des prises en charge, pour évaluer si les objectifs de qualité sont atteints et pour éviter toute baisse de la qualité des soins ;
- Mise en place d'un système de paiement à la performance combiné au paiement à l'épisode, en cas de respect d'indicateurs cibles.

Définir les modalités de calcul du forfait

Le calcul du montant du forfait peut être effectué de plusieurs manières :

- en référence à la prise en charge standard si les recommandations professionnelles sont suffisamment précises pour réaliser un tel calcul,
- en fonction des coûts historiques constatés pour les prises en charge concernées, à partir de la base SNIIRAM incluant le PMSI,
- par appel d'offres auprès des offreurs de soins, s'il paraît opportun de faire entrer un jeu concurrentiel dans la procédure.

Quelle que soit l'option retenue, il est nécessaire d'ajuster la valeur en fonction du risque pour éviter toute sélection des patients ou tout déséquilibre financier pour les offreurs de soins : les prises en charge doivent être homogènes, mais la patientèle aussi doit l'être, en termes de tranches d'âge, de comorbidités, etc. Il faut pour cela constituer, dans chaque domaine faisant l'objet d'une tarification à l'épisode, des groupes homogènes de patients, sur des critères disponibles¹.

Définir les modalités de gestion du forfait

Enfin, il faut définir les modalités de gestion du forfait : dans un système non intégré comme l'est le système français, la question se pose du mode de répartition du paiement à l'épisode entre les différents acteurs de soins qui vont prendre en charge le patient à différents moments. En d'autres termes, à qui est versé le forfait, comment s'opère la distribution entre les acteurs de soins, et qui porte le risque financier ? L'objectif est de décloisonner certains segments du système de soins, et les

¹ Par ailleurs, s'il est retenu d'inclure au moins certaines complications dans le forfait, le calcul de celui-ci doit inclure le coût de ces complications et le taux éventuel de partage du risque entre les payeurs et les offreurs de soins :

- Une option extrême est de considérer que le taux de complications doit être nul et que le montant du forfait n'inclut pas le coût de ces complications, dont le risque de survenue pèse alors totalement sur les offreurs de soins, alors fortement incités à les éviter ;
- L'autre extrême est de considérer que les complications sont inévitables en l'état actuel des connaissances, et que leur coût doit être intégralement inclus dans le forfait ;
- Et des solutions intermédiaires peuvent être envisagées en fonction du « taux d'évitabilité » estimé des complications. Dans ce cadre, une part seulement du coût des complications serait incluse dans le montant du forfait.

modalités d'attribution du forfait ne doivent pas venir contredire cet objectif. Ce sont ces questions qui sont en pratique les plus difficiles à résoudre.

Plusieurs options sont à étudier :

- Soit un acteur de soins principal reçoit le forfait (par exemple le point d'entrée dans l'épisode), à charge pour lui d'opérer la répartition avec les autres acteurs sur la base de grilles de rémunération contractuelles ou des nomenclatures nationales en vigueur. L'avantage est la relative simplicité du système, au moins du point de vue du payeur. L'inconvénient est l'émergence probable de résistances de la part des acteurs qui se verront « inféodés » à un acteur principal. En effet, si l'acteur principal est responsable du forfait et porte le risque financier, un contrôle de sa part sur les prestations réalisées par les autres acteurs sera nécessaire.
 - o Pour prévenir tout conflit, les règles de répartition devront être très précises, ainsi que les procédures d'arbitrage en cas de désaccord.
 - o Il reviendra à l'opérateur de développer des outils de gestion permettant de connaître ses coûts, la distribution de ces coûts et les facteurs influençant les coûts.
- Soit l'assurance-maladie opère elle-même la répartition du forfait entre les acteurs en fonction de règles de gestion. Les problèmes sont de même nature, mais c'est en fin de compte l'assurance-maladie qui assumera le risque financier. Un tel système pourrait apparaître comme proche du système actuel. Mais cela peut être un avantage au démarrage d'un tel système.
- Soit un tiers opérateur (identifié par l'ARS ou sélectionné après appel d'offres) reçoit le forfait, porte le risque financier, et organise les prises en charge, en répartissant les montants entre les acteurs en fonction de leur activité. Pour que le système soit viable, il faut qu'un tel tiers opérateur ait une surface financière suffisante, donc qu'il couvre un grand nombre de patients à prendre en charge, donc un territoire assez large. Ce système lève les obstacles signalés précédemment, mais est plus lourd à gérer pour l'ARS. Il est nécessaire dans ce cadre que le tiers bénéficiaire de l'appel d'offres soit en mesure d'accéder au système d'information existant ou de déployer un système d'information *ad hoc*.

Dans tous les cas, il est important que l'acteur responsable de la gestion du forfait soit en position de décider des modalités du parcours de soins (« case-management »), dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques.

4. Démarrer par des expérimentations

Au total, au regard de la complexité d'un tel dispositif, il paraît pertinent de démarrer par des expérimentations dans des domaines où les avantages attendus paraissent particulièrement importants. On peut suggérer que ces domaines prioritaires soient ceux où existe un fort potentiel de transfert d'activité de l'hôpital vers la ville, potentiel actuellement freiné par les dispositifs de financement et de tarification en vigueur. Ce pourrait être le cas dans l'insuffisance rénale chronique terminale ou dans le champ de la cancérologie, en particulier pour la prise en charge des chimiothérapies, ainsi que pour l'orthopédie froide.

D'autres champs pourraient être explorés comme la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile.

Un champ plus simple serait d'étendre la logique des GHS à la période péri-opératoire, incluant les soins avant et après le séjour. Le forfait pourrait aussi être calculé « réhospitalisations en MCO incluses » pendant une certaine période de temps après l'hospitalisation initiale, dans des domaines où des taux importants de réhospitalisation sont observés (insuffisance cardiaque, BPCO...). Le forfait serait égal au tarif actuel du GHS auquel s'ajouterait une quote-part du tarif de GHS de la seconde hospitalisation, cette quote-part devant refléter la proportion de réhospitalisation observée lorsque les meilleures pratiques sont mises en œuvre. Ainsi, si cette seconde hospitalisation n'a pas lieu, l'établissement a bénéficié d'un GHS à un tarif supérieur. Mais si elle a lieu, l'établissement doit payer l'ensemble de cette seconde prise en charge dans le cadre du tarif initial qui lui a été versé.

Ce système devrait inciter l'établissement assurant la prise en charge initiale d'éviter les réhospitalisations par une bonne préparation de la sortie, une bonne coordination avec la médecine de ville, une pratique en phase avec les recommandations. Ces forfaits globaux devront prendre en compte la sévérité des cas, comme le font les GHS, pour ne pas pénaliser les établissements qui concentrent les prises en charge les plus lourdes.

Le même principe peut être étendu aux hospitalisations en SSR et en HAD suite à l'hospitalisation initiale en MCO, le forfait couvrant alors l'ensemble de la prise en charge MCO+SSR+HAD. Le montant du forfait serait calculé en fonction des taux observés de recours au SSR et à l'HAD à la suite du séjour en MCO, modulés éventuellement par des cibles normatives de recours issues des recommandations de bonnes pratiques.