

Conférence de Presse

17 mai 2018

9h30 (accueil 9h)

SOFCOT - 56 rue Boissonade - 75014 Paris

**EVALUATION MEDICO-
ECONOMIQUE
DU PAIEMENT A L'EPISODE DE
SOINS**

SYNTHESE + RAPPORT Complet

Frédéric Bizard

SOFCOT - LE BLOC

CONTACT PRESSE

Christine MORGES – 06 08 25 67 76 – christinemorges@yahoo.fr

EVALUATION MEDICO- ECONOMIQUE DU PAIEMENT A L'EPISODE DE SOINS

SYNTHESE

Frédéric Bizard

SOFCOT - LE BLOC

Avril 2018

L'expérience suédoise : une expérience peu concluante dans un contexte favorable au paiement groupé et radicalement différent de la France

La Suède a connu une hausse bien plus forte que la France des dépenses de santé depuis 2000, passant de 7,4% à 11% du PIB en 2016 contre 9,5% à 11% en France. Le pays dispose d'une offre hospitalière et de ville essentiellement publique, avec une offre privée hospitalière très faible (5% de l'offre en 2010) mais en hausse. Le pays a **un leadership dans la numérisation des bases de données médicales et leur utilisation à des fins de bonnes pratiques**. La politique de santé est pilotée par les 21 Comtés du pays, soit une situation très différente de la France.

Le système suédois présente un modèle de santé radicalement différent de celui de la France, dans sa gouvernance, son organisation et son financement. Outre cette différence structurelle, il remplit une condition indispensable pour la mise en place du paiement groupé, **un big data opérationnel et efficace**.

Face à des délais d'attente très longs en chirurgie, les autorités du Comté de Stockholm ont lancé en janvier 2009 un programme de paiement groupé, de diversification des offreurs de soins et de mise en concurrence entre les établissements pour toutes les opérations non complexes (ASA 1-2) de remplacement de la hanche et du genou du Comté de Stockholm (environ 4000 opérations par an). **Le paiement groupé regroupe toutes les procédures du préopératoire au suivi post-opératoire et une garantie pour les complications sur deux ans**.

La composante libre choix et suppression des plafonds de volume par établissement ont engendré une hausse de 20% des volumes en 2009 pour supprimer les listes d'attente. Un des objectifs des autorités de transférer l'activité vers les centres spécialisés et le secteur privé a été atteint puisque les hausses d'activité y ont été respectivement de 218% et 213% en 2009. **Le système est ainsi passé d'une économie planifiée à une économie de marché**, impliquant des **impacts économiques (hausse de la productivité, moindre utilisation des ressources) et organisationnels majeurs**. **Le secteur privé s'est davantage restructuré que le public**.

Le secteur public en France a aussi davantage de freins structurels pour se réorganiser que le secteur privé, notamment sur le plan des ressources humaines. **L'expérience suédoise montre que le paiement groupé renforcera les difficultés managériales et organisationnelles existantes dans le public, que ce soit suite à la T2A ou au développement de la chirurgie ambulatoire**.

Sur le plan médical, le programme a engendré une baisse des complications orthopédiques sur 2 ans de 26% en 2010, sans changement notable sur la douleur ressentie et la qualité de vie générale des patients. Les arrêts maladies ont baissé de 17% en 2010 dans le Comté de Stockholm mais de 37% dans les autres Comtés, **ce qui laisse penser que d'autres facteurs politiques ont interféré dans ce résultat**. Au global, les coûts pour le payeur ont diminué de 20% par patient. La comparaison des résultats ne se faisant par selon des périmètres d'établissements comparables, l'impact du paiement groupé (BP) sur ces résultats est impossible à isoler. **En revanche, le transfert de l'activité vers des structures moins consommatrices de ressources (centres spécialisés et le privé) a eu un impact important, et d'ailleurs recherché par les autorités**.

L'analyse qualitative du ressenti des offreurs de soins fait apparaître que le forfait trop faible fixé pour le paiement groupé les a **obligés à demander une rémunération supplémentaire directement aux patients**, qui ont donc vu leur reste à charge augmenté. La tarification devrait être différenciée selon les conditions du patient, sans quoi **le risque de sélection est important comme nous le verrons dans l'expérience américaine**. Le paiement groupé génère une surcharge administrative importante et nécessite des investissements lourds pour restructurer les établissements. Le fait d'avoir **vidé les centres d'urgence (type CHU) des malades a posé des problèmes pour la formation des internes**, dont les surcoûts n'ont pas été intégrés dans les études.

Le rapport officiel de l'expérience suédoise du Comté de Stockholm révèle qu'il est impossible d'affecter les résultats médico-économiques du programme au paiement groupé. Le transfert de l'activité vers des établissements privés et plus spécialisés, l'intensité concurrentielle plus forte et les autres mesures de la politique de santé peuvent expliquer en grande partie les résultats constatés.

L'expérience américaine : une confirmation de la prédominance d'effets pervers du paiement groupé

Après plusieurs expérimentations à petites échelles peu fructueuses du paiement à l'épisode de soins, l'État américain a pourtant décidé de le lancer à grande échelle en 2013 à travers les programmes BPCI (Bundled payment for care improvement) et CJR (comprehensive care for joint replacement). **Le BPCI est national, sur la base du volontariat et porte sur 48 épisodes de soins**. Le CJR est obligatoire, circonscrit sur **67 zones géographiques et porte uniquement sur la prothèse du genou et de la hanche**.

La mise en place de ces programmes exige **une restructuration importante des structures de soins, impliquant des investissements lourds**, des évolutions de process et des changements de pratiques. Pour les hôpitaux, il faut **identifier le plus précocement possible** les patients éligibles et évaluer leurs risques de complications, **établir des capacités d'analyse et de partage d'information**, suivre le patient tout au long des soins, créer de nouveaux rôles dans les soins.

Comme en Suède, l'expérience américaine a révélé le très lourd impact organisationnel de la mise en place du paiement groupé. Ce dernier nécessite des structures très bien organisées, très numérisées et dotées d'une capacité d'investissement élevé dans la formation et les nouvelles technologies. Dans l'état actuel de l'hôpital en France, comme nous le verrons par la suite, **le paiement groupé à court et moyen terme relève davantage d'une illusion que du réel**.

Les études démontrent que le potentiel de gains économiques et d'amélioration de la qualité de la prise en charge se situe **au niveau des soins post-opératoires**. Soit en réduisant l'utilisation des structures les plus intensives en capitaux, soit en établissant des relations privilégiées avec les fournisseurs de soins, soit en investissant dans les systèmes d'information et le personnel.

La variation aléatoire des dépenses par épisode d'une année à l'autre est un frein majeur à l'efficacité du paiement groupé, notamment du fait de cas extrêmes de patients qui peuvent fausser complètement les dépenses moyennes. Au sein même d'une région, il peut exister des **pratiques très différentes de gestion des soins post-opératoires** qui peuvent profondément impactés les effets du BP.

Malgré un lourd investissement et beaucoup d'enthousiasme au départ, la mise en place du **paiement groupé dans l'état de Californie a été un énorme échec du fait de la complexité administrative impliquée** par le paiement groupé, des désaccords sur le contenu des soins regroupés dans le financement unique et des volumes de patients trop faibles. Outre le scepticisme sur l'impact du paiement groupé sur la qualité et les coûts, l'échec californien illustre l'impact organisationnel, psychologique et financier majeur de sa mise en place sur les structures de soins et de financement.

Un programme de paiement groupé à destination **des personnes âgées lancé en 2013 a mis en évidence les risques du concept en matière de refus de soins de certaines structures, de report de soins au-delà de la période concernée par le paiement groupé**. Il s'est aussi traduit par une fragmentation des structures post-opératoires entre les soins dédiés au suivi post-opératoire et ceux dédiés au chronique.

Ces craintes ont été confirmées par des études menées en 2016 et 2017 qui ont confirmé que des approches comme le paiement groupé, **consistant à un paiement à la performance**, ne réduisait pas les coûts ni n'améliorait pas la qualité d'une part, et pénalisaient les médecins qui prenaient en charge les patients les plus pauvres et malades d'autre part. Elles **incitent à trier les patients pour écarter les cas les plus complexes**. Si elles sont devenues très populaires parmi **les décideurs et les assureurs**, les approches de paiement à la performance se sont étendues **dans un désert de preuves scientifiques de leur efficacité**.

Le cas français : une conviction forte des Pouvoirs Publics forgée en plusieurs étapes malgré des évidences révélées sur les risques

Le rapport HCAAM de février 2015 recommande de démarrer les expérimentations du paiement à l'épisode de soins dans les domaines où les avantages attendus sont particulièrement importants. Les épisodes où un fort potentiel de transfert d'activité de l'hôpital vers la ville sont possibles, tels **que la cancérologie et l'IRC**, seraient les plus concernés.

Le rapport charges et produits 2017 de la CNAMTS suggère quant à lui la mise en place du paiement groupé pour la **spécialité orthopédie, hanche et genou**. Il mentionne que le financement au GHS est très incitatif pour le développement attendu de la RAAC. Il précise que **« la nécessité de mettre en place un autre mode de financement incitatif n'apparaît pas évident de prime abord »**. Malgré cela, il recommande l'instauration d'un forfait spécifique à la RAAC comprenant, outre le séjour, une partie des dépenses pre et post hospitalisation. Les établissements seraient obligés de contractualiser avec les autres professionnels de santé.

Le point de l'impact de la T2A sur la productivité des soins est important. Le mode de financement incitant à davantage de productivité est déjà en place. Il a fait l'objet d'une réorganisation des structures et fait maintenant l'objet de multiples critiques, en particulier celle de pousser à la consommation de soins sans se soucier de qualité. Le paiement groupé ne change pas la logique de la T2A puisque les tarifs seront toujours basés sur une évaluation des coûts mais de plusieurs actes. **C'est une T2A globalisé à, plusieurs épisodes de soins. Une approche plus pertinente reviendrait à corriger les dérives actuelles de la T2A, plutôt que**

de la globaliser sur plusieurs actes. Les conséquences sur la réorganisation des activités hospitalières est encore plus forte avec le paiement groupé.

Le rapport Véran publié en avril 2017 suggère de conserver la T2A pour les séjours ponctuels et simples et d'utiliser le financement à l'épisode de soins pour les actes chirurgicaux lourds. Le rapport précise que les expériences internationales ont eu des résultats « *le plus souvent mitigés et globalement plutôt décevants* ». Il s'agirait d'un phénomène de mode, « *le paiement à la qualité jouit d'une grande vogue* », qu'on ne peut donc pas laisser passer.

Le rapport charges et produits 2018 de la CNAMTS propose une modélisation pour valoriser l'épisode de soins, en particulier **le forfait reprises et complications**. Les taux de reprises et complications actuels sur **la prothèse de hanche sont très inférieurs à ceux de la Suède**, qui a servi de modèle pour la CNAMTS. L'impact potentiel du paiement groupé y est donc bien moindre. L'ajustement au risque proposé, à partir de l'âge du patient, est trop approximatif pour disposer d'un véritable forfait prospectif ajusté, qui est l'essence même du paiement groupé.

La valorisation du forfait laisse apparaître un nombre d'établissements gagnants et perdants dans un **système à somme nulle pour l'assurance maladie dans un premier temps**. La prévision **d'une baisse significative des taux de reprises et complications entrainera une baisse du montant du forfait**, générant des économies pour l'assurance maladie. Aucune mention des coûts de mise en place et des investissements incontournables générés par ce nouveau paiement n'apparaît.

Seul les établissements hospitaliers seraient impactés par les conséquences financières. Le modèle ne prévoit rien pour **les professionnels de santé de ville, qui évolueraient sous la tutelle financière des établissements**, ni d'ailleurs pour l'équipe chirurgicale des établissements. Il semble difficile de se convaincre **qu'un tel modèle incite à plus de qualité et encore moins à une meilleure coordination ville-hôpital**. Comme pour la chirurgie ambulatoire, les aspects humains du de l'impact d'un tel dispositif ont été oubliés. Seuls la logique comptable est prise en compte. Outre les impacts organisationnels majeurs impliqués par le paiement groupé, que vont en retirer les équipes soignantes ?

En 2018, un coup d'accélérateur a été mis par Matignon et le Ministère sur la mise en place du paiement à l'épisode de soins, qui fait partie d'un des cinq chantiers de transformation de notre système de santé annoncé le 13 février par le Premier Ministre. Le décret permettant de lancer les expérimentations a été publié le 21 février 2018. Du côté de l'administration, la définition des modalités pratiques de mise en place du paiement groupé est à l'état d'ébauche. Le lancement de l'expérimentation est prévu mi-2018 sous forme d'un appel à manifestation d'intérêt.

Le paiement groupé dans le système de santé français : une volonté politique à haut risque pour les soignants et les patients

L'analyse de l'évolution des dépenses de santé dans la période couvrant l'instauration du paiement à l'épisode de soins en Suède et aux USA **montre une croissance des dépenses dans ces pays plus forte qu'en France et que dans la moyenne de l'OCDE**. Même si une corrélation entre les deux événements n'est pas établie, l'impact favorable de ce mode de paiement sur l'efficience est contestable.

Les enjeux principaux **en matière d'efficacité devraient se concentrer sur la prise en charge des pathologies chroniques, qui représentent 80% de la croissance des dépenses.** Les épisodes aigus sont d'autant moins prioritaires que la France présente de bons résultats en matière de taux de reprise et complications post opératoires, critère de qualité classiquement utilisé, **et que la T2A n'a pas eu d'effets démontrés sur ces taux.**

Les chercheurs américains s'étonnent que l'Europe et la France reprennent des initiatives américaines dont les effets positifs n'ont pas été démontrés chez eux d'une part, et alors que nos systèmes de santé sont très différents d'autre part. **La France s'apprête à lancer une transformation de ses structures hospitalières, sans financement et sans stratégie, pour instaurer un mode de financement dont les expériences étrangères ont montré que les effets délétères l'emportaient.**

Les **prérequis indispensables à l'instauration d'un paiement à l'épisode de soins ne sont pas remplis en France.** On peut citer le système de base de données par pathologie, l'existence d'un DMP, les protocoles et les référentiels de qualité, le calcul et la gestion de forfaits ajusté au risque patients... Cette précipitation dans la mise en place d'un nouveau mode de paiement pourrait mettre à risque **des initiatives importantes pour s'orienter vers la recherche de la valeur des soins telles que le DMP et la définition d'indicateurs de performances.**

Non seulement les Pouvoirs publics tentent d'imposer un modèle qui n'a pas fait ses preuves mais en plus les conditions pratiques d'installation ne sont pas remplies. **On n'est bien face à un mirage politique, qu'un haut fonctionnaire reconnu a qualifié de chimère.**

Si l'instauration du paiement groupé présente une grande probabilité d'échecs, ses effets négatifs ne manqueront pas de s'exprimer. On peut citer **la sélection des patients, générant une exclusion des soins des patients fragiles, une baisse de la qualité (fréquente dans l'approche forfaitaire), des surcoûts induits élevés et une complexité de la gestion des circuits financiers** générant des tensions entre les acteurs du parcours.

S'il existe un accord sur la nécessité d'orienter notre système de santé vers un système qui prend davantage en compte **la valeur des soins**, cela ne justifie pas n'importe quelle initiative incluant cette valeur. Face à une absence de débat sur ce qu'il faudrait faire, dans le contexte français, pour mieux considérer cette valeur des soins, les pouvoirs publics **importent un modèle clé en main de pays dont les systèmes sont très différents et qui n'ont pas fait leur preuve.**

La crise profonde de notre système de santé nécessite une réforme systémique. Outre le côté démagogique de considérer que la prise en compte de la qualité serait avant tout une question de mode de rémunération des professionnels de santé, cette orientation vise surtout à éviter de mettre en place **cette réforme systémique.**

A défaut de réforme systémique du système, on peut évoquer à titre d'exemples 5 **pistes pour mieux prendre en compte la valeur des soins** dans la configuration actuelle : développer des indicateurs de performance sur les résultats, installer une gouvernance médicale de la qualité, diffuser des indicateurs de qualité auprès du grand public, réévaluer les tarifs des séjours tous les 3 ans et instaurer un système de bonus individuel lorsque les pratiques sont efficaces.



SALAMATI

CONSEIL

Salamati Conseil est une société d'études économiques, de stratégie et de prospective spécialisée sur le secteur de la santé.
La société est dirigée par Frédéric Bizard.

Frédéric Bizard est économiste, spécialiste des questions de protection sociale et de santé.

Il est enseignant en économie à Sciences Po Paris et dans d'autres universités. Il est un expert reconnu du secteur de la santé en France et à l'international.

Il conseille des gouvernements étrangers sur leur politique de santé, notamment de pays émergents. Il est expert auprès du Sénat français depuis 2015 pour les questions de protection sociale et de santé.

Il a créé en 2018 l'Institut Santé, un organisme de recherche dédié à la refondation de notre système de santé (www.institut-sante.org).

Dernier livre : « Protection sociale : Pour un nouveau modèle », Dunod, 2017

Blog : www.fredericbizard.com

**EVALUATION MEDICO-
ECONOMIQUE
DU PAIEMENT A L'EPISODE DE
SOINS**

RAPPORT

**Frédéric Bizard
Économiste**

SOFCOT - LE BLOC

Avril 2018

Table des matières

I.	Enseignements de l'expérimentation suédoise sur le paiement à l'épisode de soins	14
1.1/	Données sur le système de santé suédois	14
1.2/	Mise en place du paiement à l'épisode de soin (BP) pour la chirurgie du genou et de la hanche	16
1.3/	Résultats de l'expérience suédoise	18
1.3.1/	Impact sur le volume de production et sur l'accessibilité	18
1.3.2/	Impact sur la façon de travailler et sur les modes opératoires	20
1.3.3/	Impact sur les résultats sanitaires	21
1.3.4/	Impact sur la consommation de ressources et sur les coûts	22
1.3.5/	Les impressions des fournisseurs de soins sur le nouveau modèle et ses impacts	24
1.4/	Interprétations et enseignements de l'expérience suédoise	27
	A RETENIR	29
II.	Enseignements de l'expérimentation américaine sur le paiement à l'épisode de soins	30
2.1/	Plusieurs expérimentations de Bundled Payment (BP) peu concluantes de 1991 à 2013	30
2.2/	Lancement des programmes BPCI et CJR	31
2.3/	Les défis à relever pour le BP révélés par le BPCI et le CJR	32
2.3.1/	Pour les hôpitaux	32
2.3.2/	Pour les fournisseurs de soins post-opératoires	33
2.3.2.1/	Une variation aléatoire des dépenses par épisode d'une année à l'autre	35
2.3.2.2/	Des considérations de politique de santé	36
2.4/	Les failles et limites du BP révélées par l'expérience américaine	37
2.4.1/	L'échec du BP en Californie	37
2.4.2/	Les risques du BP pour les patients âgés vulnérables	41
2.4.3/	Les grandes sociétés aux USA ne croient pas que la réforme des paiements seule transformera les soins et réduira les coûts	42
2.5/	« Paiement à la performance : une tendance dangereuse des politiques de santé qui ne va pas s'éteindre »	44
	A RETENIR	47
III.	Les étapes de la réflexion sur les nouveaux modes de rémunération	48
3.1/	Les étapes préliminaires avant la décision d'expérimentations en orthopédie	48
3.2/	La consolidation du projet « épisodes de soins » en 2017	50
3.2/	Un sujet devenu soudainement central dans la communication gouvernementale	57
	A RETENIR	59
IV.	Analyse du paiement à l'épisode de soins dans le système de santé français	60
4.1/	Les pays ayant instauré à grande échelle le paiement à l'épisode de soins (bundled payment) ont connu une forte hausse de leurs dépenses de santé	60
4.2/	Les enjeux financiers du système de santé français ne justifient pas une telle mesure	61
4.2.1/	Les vrais enjeux de parcours de soins concernent les pathologies chroniques	61
4.2.2/	Les taux de reprise post-opératoires sont faibles en France	62
4.3/	Les conditions préalables à l'instauration d'un paiement à l'épisode de soins ne sont pas remplies en France ce qui fait du paiement à l'épisode de soins une grande illusion	67
4.4/	le paiement à l'épisode de soins comprend des risques majeurs	70
4.5/	Quelles alternatives pour valoriser davantage la qualité ?	71
4.5.1/	Le paiement à l'épisode des soins : une diversion par rapport aux vrais enjeux	71
4.5.2/	Propositions pour mieux prendre en compte la valeur des soins	72

I. Enseignements de l'expérimentation suédoise sur le paiement à l'épisode de soins

1.1/ Données sur le système de santé suédois

La loi « Health & Medical Services » de 1982 spécifie que la responsabilité d'assurer que toute personne vivant en Suède ait accès à de bons services de santé revient **aux conseils de comté régionaux et aux municipalités**.

Le système de soins de santé suédois est **socialement responsable**, c'est-à-dire qu'il comporte un engagement public explicite d'assurer la santé de tous les citoyens. Trois principes de base sous-tendent les soins de santé en Suède :

- Le principe **de la dignité humaine** qui considère que tous les êtres humains ont un droit égal à la dignité et doivent avoir les mêmes droits, sans égard à leur statut dans la communauté.
- **Le principe du besoin et de la solidarité** selon lequel ceux qui nécessitent davantage ont préséance.
- **Le principe de coût-efficacité** qui signifie que, si un choix doit être fait entre diverses options de soins de santé, on établira une relation raisonnable entre le coût et les effets mesurés en matière d'amélioration de santé et de qualité de vie.

Les dépenses de soins, largement financées par les taxes, s'élevaient à **11 % du PIB en Suède en 2016**, contre 7,4% du PIB en 2000 (11% et 9,5% respectivement pour la France). Près de 80 % de toutes les dépenses de santé sont publiques (contre 78% en France). Les conseils de comtés régionaux et les municipalités prélèvent des taxes proportionnelles au revenu de la population pour couvrir les services qu'ils dispensent.

Ces deux niveaux de gouvernement génèrent aussi des revenus grâce au financement de l'État et aux prélèvements auprès des utilisateurs. Environ 4 % de la population dispose d'une assurance privée (96% en France), la voluntary health insurance (VHI), dans la plupart des cas payée par l'employeur. Les fonds provenant de la VHI représentent environ 0,2 % du financement total (contre 13,5% en France).

Les hôpitaux suédois comptaient environ **24 500 lits en 2016 (soit 2,4 lits pour 1000 habitants contre 6,1 pour la France)**, dont un peu plus de 4 400 dans les soins psychiatriques spécialisés, environ 19 000 dans les soins somatiques spécialisés dans les hôpitaux des conseils de comtés régionaux et environ 1 100 dans les hôpitaux privés (soit 5% de l'offre). En 2016, la Suède enregistrait 4,2 médecins par 1 000 habitants, contre 3,3 en France. Le nombre d'infirmières était de 11,1 par 1 000 habitants par rapport à une moyenne de 9,9 en France¹.

¹ Sources: Statistiques de l'OCDE-Panorama de la santé 2017- Health at a glance Europe 2017

La Suède possède **1000 centres de soins primaires**, placés sous l'autorité des comtés, auxquels les Suédois s'adressent pour tous leurs problèmes de santé. Ces centres comprennent l'ensemble des professions médicales et paramédicales, avec une répartition des rôles qui ne fait intervenir le médecin que dans les cas les plus graves. Les médecins, comme les autres professionnels de santé sont essentiellement des salariés des comtés (à hauteur de 90%) et non des professionnels libéraux. 80% des médecins travaillent en secteur hospitalier et sont des spécialistes (contre 55% en France).

Il existe **deux niveaux dans le secteur hospitalier** :

- 65 hôpitaux de comtés offrant des soins divers et psychiatriques et
- 8 hôpitaux pour les soins aigus et très spécifiques (type CHU).

Le système de financement des hôpitaux par dotation globale a laissé la place dans les années 90 à des mécanismes de paiement à la pathologie, le système DRG (diagnosis related group) analogue peu ou prou à la T2A.

La Suède possède un atout essentiel dans la connaissance des coûts de santé : **son leadership dans l'utilisation des bases de données médicales à des fins d'élaboration de codes de bonnes pratiques**. Une cinquantaine de « *fichiers nationaux de qualité* » ont été établis, notamment en chirurgie cardiaque et pour les opérations de prothèses de la hanche et du genou.

La Suède possède une plateforme d'information publique sur les services de santé de tout le pays. Elle offre des conseils et une orientation dans le système de santé. Elle est accessible sur le web (<https://www.1177.se>) et par téléphone (1177) 24h/24 7j/7.

1.2/ Mise en place du paiement à l'épisode de soin (BP) pour la chirurgie du genou et de la hanche

Les conseils généraux des comtés faisaient face dans les années 2000 à un fort mécontentement de la population du fait **des listes d'attente pour se faire opérer, imposant des délais d'attente souvent supérieurs à une année**. Cette situation a incité les autorités à trouver des solutions pour réduire ces listes d'attente.

En janvier 2009, l'administration des soins de santé du Conseil du comté de Stockholm (SLL) introduit le « Vardval höft-och knäprotesoperationer » (« choice of care in hip and knee replacement »), conformément à la loi sur le choix du patient (« Patient choice Program »). Cette loi introduit un libre choix des patients pour la chirurgie primaire de remplacement de la hanche et du genou, et en même temps inclut un modèle de paiement groupé pour les patients couverts par la loi sur le libre choix du patient. A partir de janvier 2009, toutes les opérations non complexes (patients ASA 1-2) du comté de Stockholm (2 millions d'habitants sur une population totale en Suède de 10 millions) seront financés selon le BP et sur une mise en concurrence directe des établissements publics et privés.

Le nouveau modèle requiert, de la part des fournisseurs de soins qui ont souhaité effectuer ces opérations, l'obtention d'une autorisation. Les patients sont libres de choisir parmi les fournisseurs autorisés, et ces derniers ne sont pas limités en capacité de production. Les critères d'autorisation incluent, entre autres exigences, un rapport des données de qualité pour chaque patient, un nombre d'opérations minimum de 50 par an, et une salle d'opération répondant à certaines exigences de qualité de l'air.

Afin de diminuer ou supprimer les files d'attente avant les opérations, le Comté de Stockholm a pris plusieurs décisions :

- **Abolir le monopole public** en santé et diversifier les fournisseurs de soins ;
- Augmenter cette diversité des fournisseurs de soins pour accroître la concurrence dans un objectif d'amélioration de la qualité ;
- Avoir plus de transparence et plus d'accès pour le grand public aux performances des fournisseurs de soins.

Avant la réforme, les établissements signaient des contrats avec le comté s'engageant sur un plafond de volume d'activités. Ceci a été supprimé au profit d'une régulation du volume par la loi du marché. Cette loi est bien un changement de mode de régulation d'une économie de la santé planifiée vers une économie de la santé de marché régulée.

Le nouveau modèle est **disponible pour les patients sans comorbidité ayant causé des limitations fonctionnelles (ASA 1-2)**, soit environ 78% des opérations de la hanche et du genou en 2009. Les fractures, ainsi que la réparation des échecs de fractures, ne sont pas couverts par le nouveau modèle.

Le modèle de paiement groupé a été introduit avec la conception suivante :

- **Prix forfaitaire** : les prestataires de soins ont reçu **un prix forfaitaire de 56 300 SEK** (5 630 euros²) pour le continuum de soins, y compris le diagnostic, la chirurgie avec suivi, les coûts prothétiques, et les visites pré-chirurgicales et post-chirurgicales nécessaires. Pour s'assurer que le diagnostic initial ait eu lieu dans les soins de santé primaires (et que le coût du bilan médical a été porté par l'unité de soins primaires), la compensation pour la visite initiale a été réduite de 50% avec l'introduction d'une pénalité pour les fournisseurs qui ont eu plus de 35% des visites initiales qui n'ont pas conduit à une intervention chirurgicale.

De plus, il n'y avait pas de rémunération spécifique pour les examens radiologiques. Les prestataires doivent également assumer la responsabilité de toute complication et sont devenus financièrement responsables **des événements indésirables potentiellement évitables** qui étaient liés à la chirurgie primaire et qui surviennent **jusqu'à deux ans** après la chirurgie (cinq ans dans les cas où une infection traitée par des antibiotiques est survenue au cours des deux premières années).

- **Compensation de performance.** En ce qui concerne l'indemnisation, le pourcentage de 3,2% du forfait global a été retenu et versé comme compensation de performance si les fournisseurs atteignent certaines cibles prédéterminées (principalement des mesures de processus).
- **Ajustement individuel.** Alors que le groupe de patients inclus dans le nouveau modèle était considéré comme homogène, un ajustement individuel n'a pas été jugé nécessaire.

² Taux de change retenu : 1 SEK= 0,10 euros

1.3/ Résultats de l'expérience suédoise³

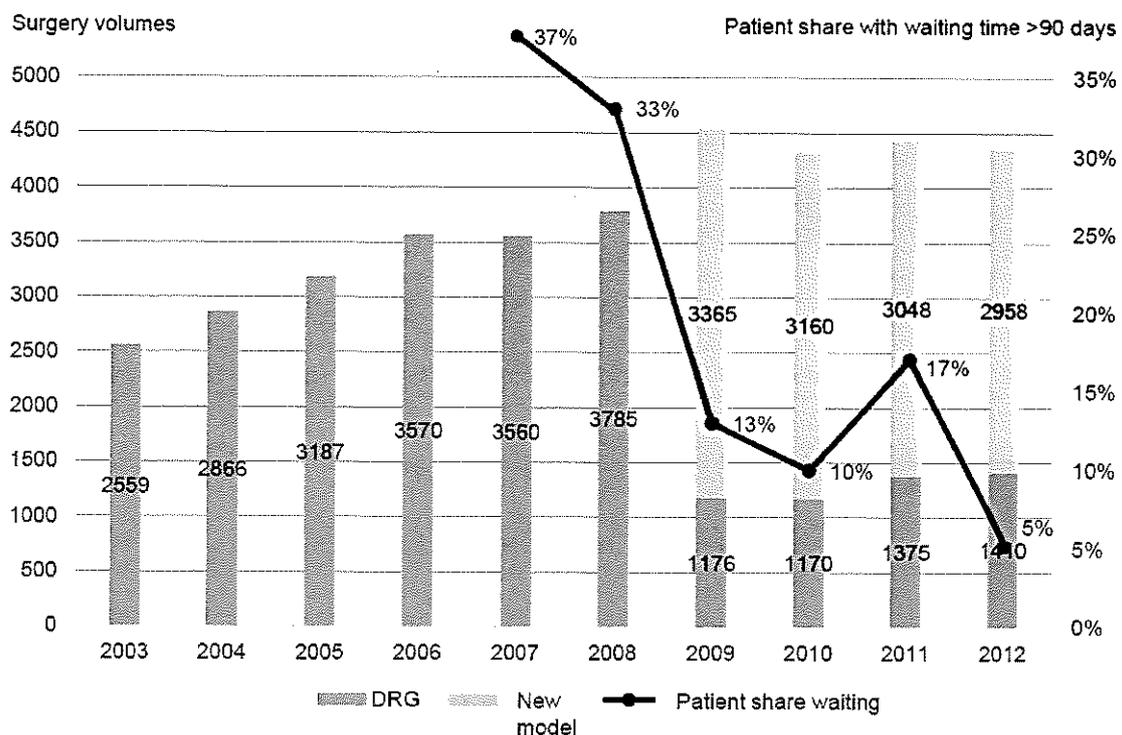
1.3.1/ Impact sur le volume de production et sur l'accessibilité

Augmentation temporaire des volumes

Lorsque le nouveau modèle a été introduit en 2009, il a été constaté une augmentation totale de **20% des volumes de chirurgie** de remplacement de la hanche et du genou à Stockholm au total, puis ont baissé de 4% jusqu'en 2012. Cette diminution est attribuable à la portion des chirurgies financée par le BP, qui a diminué de 12% pendant la même période. Les chirurgies remboursées par DRG, ont augmenté de 20 % pendant la période.

Ce résultat s'explique par la diversification des offreurs de soins chirurgicaux permise par la réforme. Elle a permis d'augmenter rapidement le volume de production et d'absorber le stock de procédures en attente. Une fois la file d'attente réduite, les volumes sont mécaniquement revenus à la demande réelle.

Graphique 1 : Volumes de production et part des patients ayant un temps d'attente de plus de 90 jours dans le comté de Stockholm (SLL).



Source : « Effects of introducing bundled payment and patients 'choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm county »- Karolinska Institute- Février 2017

³ Source : « Effects of introducing bundled payment and patients 'choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm county »- Karolinska Institute- Février 2017

Plus de chirurgies ont eu lieu dans des centres spécialisés et moins dans les hôpitaux d'urgence.

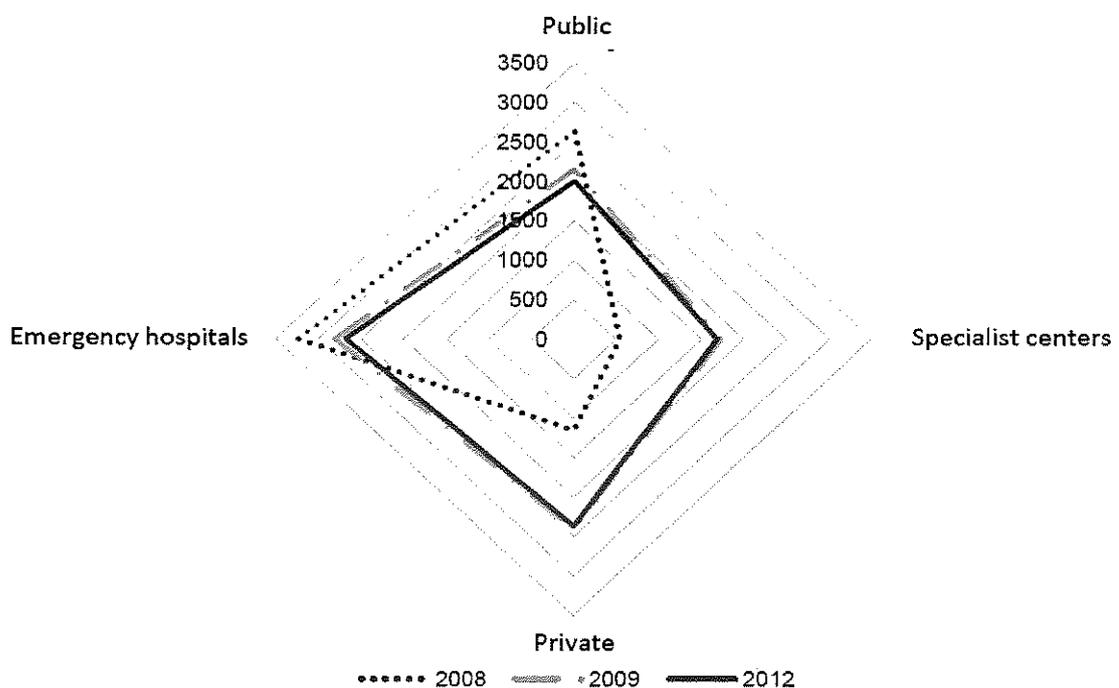
Alors que la plupart des chirurgies de remplacement des articulations se faisaient dans les hôpitaux publics d'urgence avant le nouveau modèle de 2009, ce dernier a entraîné un **transfert important vers les centres spécialisés et vers le privé**. Ce transfert était d'ailleurs un objectif des autorités : **privatiser une partie de l'activité pour introduire une concurrence plus forte dans le système**.

Cet effet de l'introduction du nouveau modèle est essentiel pour interpréter les résultats d'ensemble. En 2009, la hausse des opérations de la hanche et du genou était de **203% dans le privé et de 218% dans les centres spécialisés plus petits**.

Ce sont surtout les patients ASA 1-2 qui se sont déversés vers d'autres établissements que les hôpitaux d'urgence. Ces derniers se sont retrouvés avec une part plus forte de patients lourds, financée par le modèle DRG.

Les autorités ont souhaité faire passer leur système de santé **d'un système planifié vers un système d'économie de marché**. Cette évolution a eu un impact significatif sur la productivité des fournisseurs de soins et sur la qualité des services de santé dans le public et dans le privé.

Graphique 2 : Évolution des volumes d'opérations en 2008, 2009, 2012 (incluant toute la chirurgie primaire de remplacement du genou et de la hanche dans le comté de Stockholm)



Source : « Effects of introducing bundled payment and patients' choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm county »- Karolinska Institute- Février 2017

1.3.2/ Impact sur la façon de travailler et sur les modes opératoires

Changements fondamentaux dans le processus de soins

Cinq des neuf fournisseurs qui ont effectué ces chirurgies avant l'adoption du nouveau modèle ont déclaré que la nouvelle conception du modèle les a amenés à apporter des changements à leur mode opératoire ou à leur façon de travailler **afin d'améliorer la productivité et / ou réduire le risque de complications.**

Trois de ces fournisseurs, tous privés, ont indiqué qu'ils ont mis en œuvre des projets de changement majeurs tels que des visites d'étude chez d'autres fournisseurs de services en Suède et à l'étranger, une cartographie des processus, l'élaboration de manuels et de listes de contrôle, le développement de l'information pour les patients, la formation du personnel et la certification.

Trois fournisseurs ont indiqué avoir introduit des visites de suivi supplémentaires dans le but d'avoir des infirmières formées pour retirer les points chirurgicaux et en même temps identifier toute infection à un stade précoce.

Augmentation du nombre de chirurgies par chambre, équipe et jour

Trois fournisseurs de soins de santé ont signalé qu'ils ont augmenté le nombre de chirurgies par chambre, par équipe et par jour de trois à entre quatre et cinq, à la suite de l'adoption du nouveau modèle. Les trois fournisseurs ont accompli ceci en réduisant le temps de transfert et sans augmenter le temps de travail du personnel. En outre, **une redistribution des volumes chirurgicaux a eu lieu au profit des prestataires ayant une productivité plus élevée** dans la salle d'opération.

Le nombre moyen de chirurgies par chambre, équipe et jour est passé d'environ 3.1 à 3.6 de 2008 à 2011. Cela correspond à une **augmentation du taux d'utilisation des ressources chirurgicales d'environ 16%**. Pour les patients couverts par le nouveau modèle, environ **3,7 chirurgies ont été effectuées par chambre, équipe et jour en 2011.**

Réduction de la durée du séjour des patients hospitalisés après la chirurgie, mais avec des différences majeures entre les fournisseurs de soins

La durée de l'hospitalisation dans les services de chirurgie en rapport avec la chirurgie a, comme dans le reste du pays, diminué de façon continue la dernière décennie.

En revanche, après 2010, la réduction continue de la durée d'hospitalisation observée au cours de la période précédant l'adoption du **nouveau modèle a cessé et la durée du séjour s'est stabilisée autour de quatre jours en 2011-2012.** La réduction absolue de la durée du séjour était encore plus importante lorsque le séjour postopératoire au service de gériatrie et / ou de réadaptation a été inclus dans l'analyse. La réduction s'élevait à environ un jour : d'environ 6,7

jours en 2008 à 5,8 jours en 2009. Une grande partie de la réduction semble être due **au déplacement de volumes chirurgicaux des hôpitaux d'urgence avec séjour hospitalier moyen plus long à spécialiste centres avec séjour hospitalier moyen plus court.**

L'analyse qualitative était cohérente avec le quantitatif concernant la réduction de durée du séjour. Après l'adoption du nouveau modèle, les fournisseurs étaient également responsables des coûts de réadaptation encourus dans les unités de réadaptation externes. Un nombre de prestataires ont signalé qu'ils avaient donc activement cessé d'envoyer des patients dans les unités de réadaptation externes après l'adoption du nouveau modèle, car elles ont fait valoir que des patients sont parfois restés pendant de longues périodes de temps injustifiées dans ces unités.

1.3.3/ Impact sur les résultats sanitaires

Le risque de complications a diminué dans toutes les catégories après l'adoption du nouveau modèle (tableau 1). Le degré de complications orthopédiques a diminué davantage lors de la comparaison des chirurgies réalisées en 2010 avec celles de 2007/2008.

Tableau 1 : Complications exigeant un séjour hospitalier après un remplacement primaire hanche/genou.

Complications	Risk 2007/2008	Change 2009/2010	Statistical significance of change	Change 2010	Statistical significance of change
Orthopedic complication within 2 years	6%	-18%	p=0.00	-26%	p=0.00
Reoperation within 2 years	5%	-23%	p=0.00	-36%	p=0.00
Revision/removal within 2 years	2%	-19%	p=0.09	-34%	p=0.01
Cardiovascular event within 30 days	1%	-44%	p=0.01		

Source : « *Effects of introducing bundled payment and patients' choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm county* »- Karolinska Institute- Février 2017

Selon l'analyse effectuée, **les prestataires privés ont diminué leur risque de complications plus que les prestataires publics** après l'adoption du nouveau modèle. Ceci s'explique par la plus grande souplesse d'organisation du privé. La réduction totale du risque peut s'expliquer en partie par une réduction générale des risques chez les offreurs de soins qui traitaient des patients du Comté de Stockholm avant l'adoption du nouveau modèle, et en partie par des transferts de volume vers les prestataires ayant un niveau de risque plus faible après la réforme.

Ceci est cohérent avec les résultats de l'analyse qualitative, basée sur des entretiens, où les prestataires privés ont davantage signalé que les prestataires publics avoir mis en œuvre des changements **dans le processus de soins dans le but de réduire le risque de complications.**

L'analyse montre également que les **conditions sociodémographiques et médicales des patients avant l'intervention avaient un effet significatif** sur le risque de complications. Le risque des patients avec un revenu familial disponible dans le troisième quartile (deuxième plus élevé) était **inférieur de 23% comparé** à ceux qui étaient dans le premier quartile (revenu familial le plus bas). Des effets similaires pourraient être identifiés pour d'autres catégories de complications.

La douleur rapportée par le patient et la qualité de vie après la chirurgie sont inchangées avec le nouveau modèle. L'impact sur la qualité de vie rapportée par le patient, la réduction de la douleur rapportée par le patient (douleur selon l'échelle visuelle analogique, VAS) et la satisfaction des résultats chirurgicaux analysée pour les patients qui ont subi des remplacements de la hanche a été étudié. **Seuls les changements marginaux ont été notés.**

1.3.4/ Impact sur la consommation de ressources et sur les coûts

Les arrêts maladie ont diminué à Stockholm et dans le reste du pays.

Le nombre moyen de jours d'arrêt maladie pour le groupe de patients a diminué à la fois avant et après la chirurgie à Stockholm et dans le reste du pays (tableau 2). La réduction totale à **Stockholm était de 17 %** (moins 38 jours de congé de maladie) pendant la période d'un an avant et un an après l'instauration du nouveau modèle.

Il est impossible de **déterminer les causes de cette réduction. Il s'agit probablement d'une combinaison de la réduction des temps d'attente et d'une baisse globale** de l'arrêt maladie dans tout le pays dans la période 2007-2010 à la suite des réformes politiques. Dans le reste du pays où le programme du BP n'est pas appliqué, on constate que la réduction des congés maladies **est plus forte** (53 jours soit 22%, tableau 2).

Tableau 2 : Nombre moyen d'arrêts maladies un an avant et après la chirurgie primaire, à Stockholm et dans le reste de la Suède.

	Average net sick-leave days 12 months before surgery	Average net sick-leave days 12 months after surgery	Total
Stockholm			
2007/2008	71.5	148.5	220.0
2009/2010	54.2	128.1	182.3
Difference	-17.3	-20.4	-37.7
%	-24 %	-14 %	-17 %
Rest of Sweden			
2007/2008	80.1	159.2	239.3
2009/2010	55.2	130.8	186.0
Difference	-24.8	-28.4	-53.3
%	-31 %	-18 %	-22 %

Source : « *Effects of introducing bundled payment and patients' choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm county* »- Karolinska Institute- Février 2017

L'utilisation des ressources par traitement a diminué. L'utilisation des ressources a été analysée en fonction du nombre de visites chez le médecin au cours des 12 mois précédant et suivant l'opération, ainsi que sur la base de la durée de séjour liée à la chirurgie et de toute complication.

Les prescriptions pharmaceutiques ont été analysées, mais par rapport aux autres ressources, les coûts des produits pharmaceutiques sont faibles et ne sont donc pas inclus dans une analyse des coûts.

Tableau 3 : Utilisation des ressources avant et après l'introduction du nouveau modèle

	2007/2008 ⁱ	2009/2010 ⁱ	Difference ⁱⁱ	% ⁱⁱⁱ	Aggregated difference/year ^{iv}
Doctor visits (12 months before surgery) ^v	2.36	2.23	-0.14	-6%	-787
Doctor visits (12 months after surgery) ^v	1.93	1.78	-0.16	-8%	-657
Doctor visits in total	4.29	4.01	-0.28	-7%	-1,444
Number of inpatient care episodes with PAAE	0.111	0.085	0.026	-23%	112
Care days, surgery	4.48	4.07	-0.41	-9%	-1,778
Care days, rehab ^{vi}	0.49	0.41	-0.08	-17%	-350
Care days, geriatrics ^{vi}	0.94	0.60	-0.34	-36%	-1,464
Care days due to complications ^{vi}	0.88	0.64	-0.24	-27%	-1,048
Care days in total	6.79	5.72	-1.07	-16%	-4,640

ⁱ Average per patient

ⁱⁱ Difference in average resource utilization, after versus before introduction of the new model

ⁱⁱⁱ Percentage change in average resource utilization

^{iv} Aggregated difference based on 2010 surgery volumes

^v Visits to orthopedic clinic, at any of the 10 clinics participating in the new model

^{vi} Inpatient care episodes starting within 30 days after discharge

^{vii} Based on all inpatient care episodes with registered PAAE diagnosis (see table A6-A7)

Source : « *Effects of introducing bundled payment and patients' choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm county* »- Karolinska Institute- Février 2017

Le nombre de visites chez le médecin par chirurgie a **diminué de 7%** et le nombre de jours d'hospitalisation a baissé **de 16% après l'adoption** du nouveau modèle. Au total, 1 444 visites chez le médecin et 4 640 jours hospitaliers par an ont été libérés pour des patients supplémentaires d'après les volumes chirurgicaux de 2010 (tableau 3).

La diminution de la durée du **séjour était principalement attribuable au changement de lieu des soins prodigués davantage dans les centres spécialisés que dans les hôpitaux d'urgence** dont la durée moyenne de séjour était plus longue. Les centres spécialisés et les hôpitaux

d'urgence ont réduit le nombre de visites chez le médecin, de 4,3 à 3,7 (centres spécialisés) et 4.2 (hôpitaux d'urgence). Les visites des groupes professionnels autres que les médecins n'ont pas été analysées.

Les coûts pour le payeur ont été réduits **de 20% par patient**. Le risque d'augmentation des coûts était une préoccupation majeure des patients de Stockholm lors de l'introduction du nouveau modèle, puisque l'abolition des restrictions de volume, le volume moyen a augmenté.

En comparant les périodes 2007-2008 et 2009-2010, la moyenne du remboursement par patient a diminué de 20%. En termes de volumes 2010, cela signifie des économies d'environ 56 millions de couronnes suédoises par an (5,6 millions d'euros). Le volume a augmenté de 21 pour cent et les coûts totaux ont diminué de 3%.

1.3.5/ Les impressions des fournisseurs de soins sur le nouveau modèle et ses impacts

Le niveau des tarifs était perçu comme faible.

La plupart des fournisseurs de soins de santé ont exprimé que le prix forfaitaire était trop bas. Les prestataires privés ont déclaré qu'ils étaient obligés de le compléter avec des restes à charge de patients payés ou pas par des compagnies d'assurance privées, et des patients d'autres comtés pour réaliser ce qu'ils considéraient comme une marge raisonnable. **L'impact prix n'est donc pas favorable pour les patients** dans certains cas avec le nouveau modèle.

Nécessité d'une tarification différenciée en fonction des caractéristiques du patient.

Les fournisseurs de soins de santé ont demandé à ce que le paiement groupé varie en fonction des conditions du patient, ce qui n'était pas le cas. Les patients âgés nécessitant des soins hospitaliers supplémentaires constituaient un groupe pour lesquels les professionnels estimaient devoir obtenir une compensation supplémentaire.

La garantie de complication doit être définie plus clairement et les besoins de gestion de cas être plus efficace.

La plupart des fournisseurs ont déclaré que les complications couvertes par la garantie devraient être plus clairement définies. En outre, ils ont déclaré qu'une limite supérieure de coûts liée à la responsabilité du prestataire de soins devait être introduite, afin d'éviter que les coûts disproportionnés d'une seule complication et ne portent préjudice aux finances du fournisseur.

Un certain nombre de fournisseurs de soins de santé ont déclaré que la gestion des cas de garantie doit être rationalisée.

Six fournisseurs de soins de santé ont indiqué que le traitement des remboursements devait être simplifié. Les fournisseurs ont déclaré que ni l'envoi des enquêtes aux patients, ni le règlement des remboursements basés sur la performance ont été effectués conformément aux règles.

La responsabilité pre-opératoire en soins primaires ne devrait pas être imputée à l'équipe chirurgicale.

Huit fournisseurs de soins ont déclaré qu'il était erroné de placer la responsabilité sur eux pour s'assurer que les soins primaires réalisent les enquêtes sur l'arthrose et fassent les renvois. Leur argument était que les fournisseurs de soins n'ont pas la capacité de former les personnes du dans les nombreuses unités de soins primaires. De plus, les médecins généralistes changent souvent d'affiliation à l'unité de soins primaires.

Une suggestion proposée par les fournisseurs de soins de santé était d'enlever la pénalité et de donner aux prestataires de soins primaires une incitation financière pour soumettre des références complètes.

La formation des médecins en formation doit être assurée.

Le nouveau modèle génère des problèmes pour les hôpitaux d'urgence pour s'acquitter de leurs responsabilités universitaires lorsque leurs volumes diminuent. La perception des prestataires était que la formation devrait également avoir lieu dans des centres spécialisés et **qu'un modèle de remboursement distinct devrait être élaboré à cette fin.**

Effets positifs sur d'autres groupes de patients, mais inquiétude concernant certaines priorités

Quatre des cinq hôpitaux publics d'urgence ont signalé que la capacité de prise en charge pour les patients plus malades et les soins d'urgence ont augmenté après l'adoption du nouveau modèle. Cela a généralement été perçu comme un changement positif car ils estimaient que les ressources hospitalières étaient mieux utilisées lorsqu'elles étaient axées sur des patients plus difficiles.

Trois hôpitaux d'urgence ont exprimé des difficultés à utiliser la capacité libérée pour augmenter leur production, puisque la production dans le modèle DRG a dépassé les niveaux cibles fixés ce qui entraîne un remboursement à un prix réduit.

Une bonne transparence autour des résultats mais des doutes sur l'initiation des classements.

Les fournisseurs étaient généralement favorables à la publication de la satisfaction des patients et des résultats à travers le guide de soins de santé de l'agence. Plusieurs ont souligné l'importance de ne pas classer les fournisseurs les uns par rapport aux autres s'il n'y a pas de

différences significatives lors de l'ajustement permettant de tenir compte des différences dans le mix patientèle.

Les patients choisissent les fournisseurs de soins en fonction des recommandations des praticiens et de la proximité de la zone résidentielle.

Les professionnels de santé ont signalé qu'une grande majorité de patients choisissent des fournisseurs de soins selon les recommandations des praticiens et sans chercher eux-mêmes des informations. Les prestataires de soins estimaient que le choix du médecin généraliste était principalement lié à la proximité de la résidence du patient et à la relation pré-existante entre le fournisseur et le médecin généraliste.

On ne sait pas si le nouveau modèle a affecté l'environnement de travail du personnel de santé.

Deux fournisseurs privés ont dit l'opinion que les changements qui ont été mis en œuvre ont conduit à des personnes plus satisfaites de leur situation de travail. Deux fournisseurs publics ont signalé que le personnel avait un travail plus exigeant et qu'ils ont exprimé leur insatisfaction. Aucun des fournisseurs ne pouvait confirmer ces données avec les résultats des sondages réalisés auprès des employés.

1.4/ Interprétations et enseignements de l'expérience suédoise

Côté payeur

Un premier niveau d'analyse suggère que l'introduction du nouveau modèle a eu les effets souhaités, c'est-à-dire une réduction des coûts grâce à une meilleure utilisation des ressources et une réduction des complications. De plus, la liberté de choix a augmenté et les patients n'ont plus eu à attendre de longs délais pour leur chirurgie. Pour toutes ces raisons, les résultats peuvent être considérés satisfaisants du point de vue du payeur.

Côté fournisseurs des soins

Le constat réalisé par tous les fournisseurs de soins a été que l'intensité concurrentielle plus forte apportée par le nouveau modèle d'une part et le transfert de l'activité des gros hôpitaux universitaires vers des centres spécialisés publics et privés d'autre part ont été les sources essentielles de baisse des coûts et des complications post-opératoires. Les autorités avaient officiellement admis que leur souhait était d'augmenter la part privée de la production de ce type de soins et de dégager les gros hôpitaux de ces soins. **Ces objectifs ont été atteints mais biaisent grandement l'interprétation de l'impact du paiement groupé sur les résultats. Les résultats obtenus avec le paiement groupé ont été obtenus dans un périmètre d'offre très différent de celui d'avant.**

Les résultats des études de registre combinés **aux résultats de l'enquête suggèrent que l'introduction du libre choix du fournisseur a largement contribué aux effets observés.** Les prestataires de soins privés ont, dans une plus large mesure que les prestataires publics, modifier sensiblement leurs pratiques à la suite de l'adoption du nouveau modèle. Les raisons possibles peuvent inclure le fait que les prestataires privés se perçoivent comme plus exposés aux fluctuations des revenus et au risque financier et / ou qu'ils ont un meilleur aperçu de leur base de coûts pour ce groupe de patient spécifique. Les établissements privés ont aussi une plus grande flexibilité d'adaptation en matière de ressources humaines que le secteur public.

Les analyses montrent que les antécédents médicaux et sociodémographiques des patients affectent les résultats attendus et l'utilisation prévue des ressources. Des algorithmes d'ajustement devraient être développés pour permettre un suivi comparatif et précis des prestataires de soins et personnaliser les prix des forfaits qui correspondent le mieux aux coûts prévus en fonction des caractéristiques du patient.

L'interprétation des analyses quantitatives a rapporté qu'il n'a pas été possible d'isoler les effets observés résultant de l'adoption du modèle de paiement groupé par rapport à l'introduction du libre choix du fournisseur du patient. **Il est difficile d'isoler l'impact des réformes spécifiques du paiement groupé des autres changements dans le système de santé.** Ainsi, un projet national a été lancé en 2008 pour poursuivre l'amélioration continue de la qualité avec des taux de complications réduits.

Dans l'interprétation de l'analyse des coûts, les fournisseurs de soins de santé ont déclaré dans les entretiens que le passage des soins des hôpitaux d'urgence aux centres spécialistes a entraîné une réduction des efforts de formation dans les premiers. L'augmentations des coûts indirects potentiels liés à cette baisse n'ont pas été pris en compte dans l'analyse. De plus, les données agrégées pour les urgences des hôpitaux indiquent que les coûts ont augmenté pour trois hôpitaux d'urgence et diminué pour un.

A RETENIR

La Suède a connu une hausse bien plus forte que la France des dépenses de santé depuis 2000, passant de 7,4% à 11% du PIB en 2016 contre 9,5% à 11% en France. Le pays dispose d'une offre hospitalière et de ville essentiellement publique, avec une offre privée hospitalière minoritaire (5% en 2010) mais en hausse. Le pays a un leadership dans la numérisation des bases de données médicales et leur utilisation à des fins de bonnes pratiques. La politique de santé est pilotée par les 21 Comtés du pays, soit une situation très différente de la France.

Face à des délais d'attente très longs en chirurgie, les autorités du Comté de Stockholm ont lancé en janvier 2009 un programme de paiement groupé, de diversification des offreurs de soins et de mise en concurrence entre les établissements pour toutes les opérations non complexes (ASA 1-2) de remplacement de la hanche et du genou du Comté de Stockholm (environ 4000 opérations par an). Le paiement groupé regroupe toutes les procédures du préopératoire au suivi post-opératoire et une garantie pour les complications sur deux ans.

La composante libre choix et suppression des plafonds de volume par établissement ont engendré une hausse de 20% des volumes en 2009 pour supprimer les listes d'attente. Un des objectifs des autorités de transférer l'activité vers les centres spécialisés et le secteur privé a été atteint puisque les hausses d'activité y ont été respectivement de 218% et 213% en 2009. Le système est ainsi passé d'une économie planifiée à une économie de marché, impliquant des impacts économiques (hausse de la productivité, moindre utilisation des ressources) et organisationnels majeurs. Le secteur privé s'est davantage restructuré que le public.

Sur le plan médical, le programme a engendré une baisse des complications orthopédiques sur 2 ans de 26% en 2010, sans changement notable sur la douleur ressentie et la qualité de vie générale des patients. Les arrêts maladies ont baissé de 17% en 2010 dans le Comté de Stockholm mais de 37% dans les autres Comtés, ce qui laisse penser que d'autres facteurs politiques ont interféré dans ce résultat. Au global, les coûts pour le payeur ont diminué de 20% par patient. La comparaison des résultats ne se faisant par selon des périmètres d'établissements comparables, l'impact du paiement groupé (BP) sur ces résultats est impossible à isoler. En revanche, le transfert de l'activité vers des structures moins consommatrices de ressources (centres spécialisés et le privé) a eu un impact important, et d'ailleurs recherché par les autorités.

L'analyse qualitative du ressenti des offreurs de soins fait apparaître que le forfait trop faible fixé pour le paiement groupé les a obligés à demander une rémunération supplémentaire directement aux patients, qui ont donc vu leur reste à charge augmenté. La tarification devrait être différenciée selon les conditions du patient, sans quoi le risque de sélection est important comme nous le verrons dans l'expérience américaine. Le paiement groupé génère une surcharge administrative importante et nécessite des investissements lourds pour restructurer les établissements. Le fait d'avoir vidé les centres d'urgence (type CHU) des malades a posé des problèmes pour la formation des internes, dont les coûts n'ont pas été intégrés dans les études.

Le rapport officiel de l'expérience suédoise du Comté de Stockholm révèle qu'il est impossible d'affecter les résultats médico-économiques du programme au paiement groupé. Le transfert de l'activité vers des établissements privés et plus spécialisés, l'intensité concurrentielle plus forte et les autres mesures de la politique de santé peuvent expliquer en grande partie les résultats constatés.

II. Enseignements de l'expérimentation américaine sur le paiement à l'épisode de soins

2.1/ Plusieurs expérimentations de Bundled Payment (BP) peu concluantes de 1991 à 2013

Le mouvement vers le paiement à l'épisode de soins (que nous appellerons BP par la suite, acronyme de Bundled payment) chez Medicare⁴ a commencé **en 1983 avec l'introduction de la tarification à l'activité** dans les établissements hospitaliers. En 1983, Medicare est passé d'une tarification selon les coûts reportés par chaque établissement à une tarification fixe par séjour basé sur le diagnostic des patients (groupe homogène de malades). Ce modèle n'inclut pas les prestations des médecins. Ainsi, ce changement a été significatif pour la gestion des hôpitaux mais pas pour les autres fournisseurs de soins.

En 1991, le Centers for Medicare and Medicaid service (CMS)⁵ a démarré une expérimentation du BP pour le **pontage de l'artère coronaire (CABG)** qui incluait les services de l'hôpital et des médecins pendant l'hospitalisation et toute réadmission dans un délai post-opératoire de 90 jours. Sept hôpitaux ont été sélectionnés pendant une durée de 5 ans. L'évaluation du programme a montré qu'il avait généré des économies pour Medicare de l'ordre de 10% des remboursements et réduit le taux de décès et de complications post-chirurgicales. Cependant, le programme **n'a pas été prolongé ni étendu**.

En 2009, le CMS a initié un programme sur 3 ans de collaboration hôpital-médecins impliquant 12 hôpitaux du New Jersey qui leur permettait de partager les économies avec les médecins, générées par une meilleure coordination des soins. **L'évaluation du programme n'a pas révélé d'économies véritables pour Medicare, ni de preuve de comportement générant des économies, ni de changement de qualité des soins**⁶.

En 2009, le CMS a aussi lancé le programme de 3 ans d'épisode de soins aigus (**Acute Care Episode - ACE**) pour effectuer un test prospectif en chirurgie cardiaque et orthopédique qui incluait les services des hôpitaux et des médecins pendant le séjour hospitalier. CMS a sélectionné 5 hôpitaux et négocié des remises de prix avec chacun d'entre eux. Une évaluation du programme en 2013 a démontré que Medicare avait économisé 585 \$ par séjour mais 45% de ces économies ont été compensées par une hausse de dépenses post-opératoires après la sortie de l'hôpital. L'évaluation n'a pas révélé de changement de qualité de la prise en charge.

⁴ **Medicare** est le système d'assurance-santé géré par le gouvernement fédéral des États-Unis au bénéfice des personnes de plus de 65 ans ou répondant à certains critères. Selon les calculs du Center for Medicare and Medicaid Services (CMS), 33 % de chaque dollar dépensé dans les soins de santé aux États-Unis est pris en charge par Medicare et Medicaid. Dans l'autre sens, Medicare et Medicaid couvrent 61 % des dépenses en soins infirmiers, 47 % des dépenses hospitalières et 27 % des dépenses médicales.

⁵ Le CMS est un département du Ministère de la santé américain qui gère les programmes Medicare, Medicaid, l'assurance santé pour enfants (CHIP) et la place de marché de l'assurance santé.

⁶ RTI International. Evaluation of the Medicare Physician Hospital Collaboration Demonstration. September 2014.

La plupart des économies proviennent des baisses de prix négociées sur les dispositifs médicaux implantables.

2.2/ Lancement des programmes BPCI et CJR

En octobre 2013, le centre d'innovation du CMS (le CMMI) a officiellement lancé l'initiative d'Amélioration des Soins par le **BP (Bundled Payment Care Improvement- BPCI)**. Dans ce programme concernant 48 épisodes de soins démarrant par un séjour de soins aigus, les hôpitaux et les fournisseurs de soins post-opératoires⁷ assument les risques pour l'ensemble des dépenses relativement à un tarif cible. Le programme BPCI est sur la base du volontariat.

En avril 2016, le CMS a lancé le programme « **Comprehensive Care for Joint Replacement** » (CJR) afin d'améliorer la qualité à moindre coût des procédures parmi les plus courantes pour medicare : l'opération de la hanche et celle du genou. En 2014, plus de 400 000 patients éligibles à Medicare ont subi l'une de ces interventions, pour un coût supérieur à 7 milliards d'euros, juste pour l'hospitalisation (soit plus de 17 500 \$ de coûts d'hospitalisation par patient).

Le modèle CJR est obligatoire pour 800 hôpitaux sélectionnés dans 67 zones géographiques. Il rend les hôpitaux comptables pour les coûts et la qualité des soins pendant tout le parcours du patient de l'intervention chirurgicale à 90 jours après le séjour. Un **niveau cible de dépenses** est défini pendant tout ce séjour. Si les patients reçoivent une haute qualité de soins et si les dépenses sont moindres que le tarif cible, l'hôpital peut bénéficier d'une partie des économies, dans le cas contraire, ils devront rembourser Medicare pour une partie des surcoûts.

Tableau 4 : Résumé des programmes BPCI et CJR

⁷ Les services post-opératoires sont composés de professionnels de santé indépendants et des organisations suivantes :

- Des agences de soins à domicile (Home Health agencies- HHA),
- des structures d'infirmières habilitées (Skilled nursing facilities – SNFs),
- des structures de soins de suite et de réadaptation (inpatient rehabilitation facilities –IRFs) et
- des hôpitaux de longs séjours (long term care hospitals – LTCHs).

	BPCI	CJR
Année de lancement	2015	2016
Participation	Volontaire	Obligatoire
Géographie	National	67 zones
Durée	3 ans	5 ans
Episodes cliniques	48 types d'épisodes	Prothèse totale de genou et de hanche
Durée de l'épisode	30/60/90 jours	90 jours
Groupe responsable	Médecins/hôpitaux/structures post-op	Hôpitaux
Prix cible	Spécifiques aux fournisseurs de soins	Mélange entre coûts fournisseurs et région
Remise CMS	2%-3%*	1,5-3%
Rapprochement des données	Trimestriel	Annuelle
Ajustement du risque	Sévérité médicale-GHS	Sévérité médicale-GHS et statut de la fracture de la hanche
Gain maximum	20%	0%/5%/10%/20% Années 1,2,3,4-5
Perte maximum	20%	0%/5%/10%/20% Années 1,2,3,4-5
Qualité	Monitorée	requis pour le paiement et après réconciliation des données

* Remise BPCI de 2% pour 90 jours et 3% pour les autres durées. La remise CJR varie selon le score de qualité

2.3/ Les défis à relever pour le BP révélés par le BPCI et le CJR

2.3.1/ Pour les hôpitaux

Alors que la plupart des initiatives ACO (Accountable Care organisation) de l'Obamacare concernent les soins primaires, le BP se veut offrir une opportunité d'engager directement les médecins spécialistes dans la restructuration de l'offre de soins. Avec le BP, les hôpitaux doivent engager plusieurs chantiers de transformation et développer des capacités opérationnelles :

Les participants au BP doivent **investir dans de nouvelles capacités et infrastructures** pour réussir. Celles-ci comprennent la capacité de :

- **Identifier rapidement les patients éligibles pour les épisodes et évaluer leur risque de complications.** Les épisodes BPCI sont déclenchés par les niveaux de sévérité des GHS, mais les hôpitaux ne finalisent généralement pas les assignations aux GHS avant la facturation de Medicare. Les participants devront identifier les patients admissibles au début, de même pour identifier les patients à risque d'événements indésirables, tels que les réadmissions, qui auront probablement besoin d'un soutien supplémentaire après leur sortie d'hôpital. Ce n'est pas un problème pour le CJR car la sélection des GHS pour les chirurgies de remplacement d'articulations est claire et la plupart des cas sont planifiés à l'avance.

- **Établir des capacités d'analyse de données et de partage d'information.** Les participants au BP ont accès à une vaste gamme de nouvelles données qui peuvent les aider à évaluer l'éventail complet des soins reçus par leurs patients et à identifier les domaines d'amélioration

de la performance. Ils doivent analyser les données rapidement et transmettre les informations à leurs partenaires de soins post-aigus. Ils ont besoin de développer des systèmes leur permettant de partager en temps réel les données des patients avec les partenaires de soins. Ils doivent également développer des approches pour aider à déterminer le meilleur cadre de soins post-aigus pour les patients individuels à la sortie.

■ **Suivre les patients tout au long du continuum de soins.** Historiquement, les hôpitaux et les fournisseurs de soins de courte durée ne suivaient pas systématiquement les patients après leur sortie du milieu hospitalier. Avec le regroupement, les prestataires ont besoin de personnel et de systèmes qui suivent les patients tout au long du processus de récupération et répondent rapidement si les patients souffrent de complications.

■ **Refonte des soins.** Les participants au BP doivent élaborer des protocoles de soins standard et des plans de soins longitudinaux, établir de **nouveaux postes tels que les infirmières navigatrices**, développer des systèmes où les médecins ou les praticiens de pointe évoluent régulièrement dans les établissements de soins post-aigus et établir des processus de transition en douceur.

■ **Impliquer les médecins.** Les participants doivent éduquer les médecins sur les initiatives de BP, identifier les médecins champions pour diriger les efforts d'amélioration des processus cliniques, et fournir les données, les ressources et les incitations appropriées pour soutenir les progrès.

■ **Coordonner les transitions de soins et gérer les services post-aigus.** Des soins post-opératoires efficaces et de haute qualité sont essentiels au succès du BP. Les prestataires assujettis à un paiement groupé doivent être en mesure d'évaluer les fournisseurs de soins post-aigus et d'établir des relations avec ceux qui offrent une bonne qualité, de coordonner les transitions entre les milieux aigus et post-aigus et de créer de l'efficacité dans le continuum.

Avec un **modèle de paiement basé sur le risque**, les hôpitaux dépendent de plus en plus des planificateurs pour aider les patients à accéder à un service de prise en charge post-opératoire approprié et coordonné avec l'équipe de soins primaires.

2.3.2/ Pour les fournisseurs de soins post-opératoires

Les opportunités les plus fortes de réduction des dépenses et d'amélioration de la qualité sont **situés sur le parcours post-opératoire du patient**. Ce parcours représente une composante majeure des dépenses par épisode : 40% des dépenses Medicare d'un épisode de 30 jours d'insuffisance cardiaque congestive (CHF) et 37% d'un épisode de prothèse articulaire. Ces parts augmentent pour des épisodes plus longs.

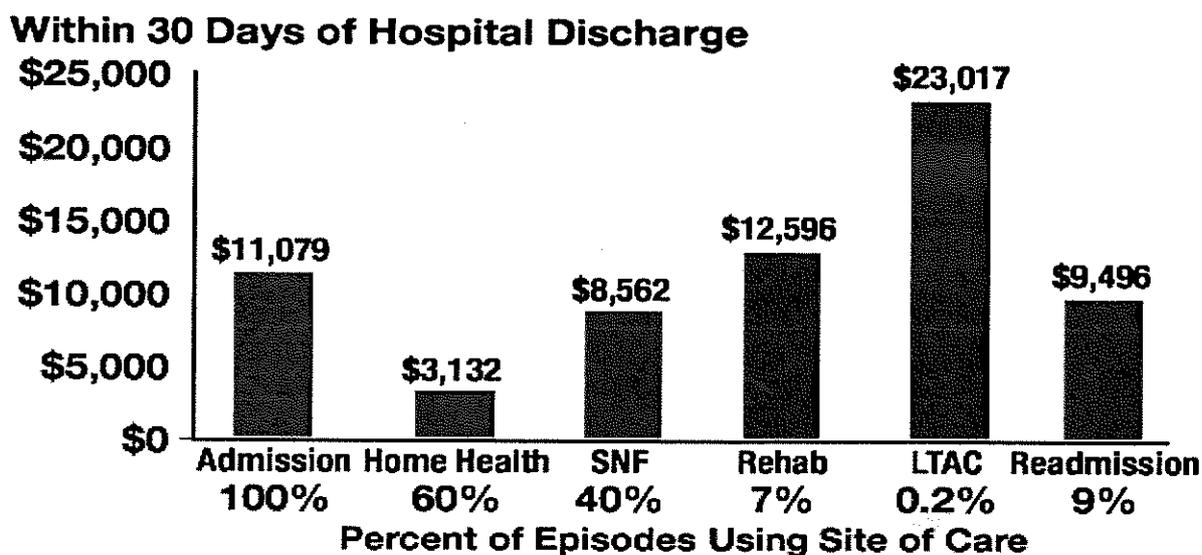
Une étude récente de l'Institut de Médecine⁸ a démontré que les **soins post-opératoires étaient de loin la composante la plus importante expliquant les variations des dépenses par patients pour Medicare**. Cette étude montre aussi que les comportements des différents fournisseurs de soins varient beaucoup dans une même zone géographique. Ainsi récompenser tous les fournisseurs en cas de gains financiers par rapport au tarif cible ou au contraire les pénaliser tous en cas de sur-dépenses n'est pas justifié.

Stratégie de gestion des soins post-opératoires

Les participants au BP peuvent adopter **trois stratégies** pour gérer les soins post-opératoires

- **Réduire l'utilisation inutile de structures plus intensives et orienter les patients vers des structures moins coûteuses quand c'est approprié.** Le coût moyen d'une entité de santé à domicile après une arthroplastie majeure représente une fraction du coût d'un séjour dans une maison de convalescence (avec infirmières qualifiées) ou un SSR.

Graphique 3 : Paiement Medicare des soins post-opératoires après une Prothèse totale de hanche ou de genou par patient par type de service – DRG 470



Source: RTI Inc, Post-acute Care Episodes: Expanded Analytic File, June 2011

- **Une autre stratégie est d'établir des relations privilégiées** avec les fournisseurs de soins de courte durée qui ont démontré de bons résultats et sont disposés à collaborer pour améliorer les performances. Il y a une variation significative de la durée moyenne du séjour, des taux de réadmission et de la qualité dans les établissements de soins post-aigus. Par exemple, les taux de réadmissions Medicare ajustés en fonction du risque sont de 14,4% ou moins dans les 25%

⁸ Newhouse J P and Garber A. *Geographic Variation in Medicare Services*. *N Engl J Med* 2013; 368:1465-1468

des structures infirmières les plus performantes (SNF) et de 22% ou plus dans les 25% les moins performantes⁹.

Les fournisseurs de soins devront mettre en balance les économies potentielles de placement d'un patient dans un contexte de coût inférieur avec la probabilité que le site de soins choisi entraîne davantage de réadmissions ou de complications chez les patients, ce qui entraînerait une hausse des coûts globaux des épisodes. Alors que les professionnels peuvent établir des réseaux post-aiguës privilégiés, les bénéficiaires de Medicare sont **libres de choisir** leurs propres prestataires et beaucoup préfèrent les établissements de **soins post-aigus proches de leurs familles**.

- Une troisième stratégie pour le BP est d'investir **dans les systèmes et le personnel pour coordonner efficacement les transitions de soins**. Enfin, les participants ont réduit les réadmissions dans les maisons de soins infirmiers et la durée moyenne du séjour en faisant appel à des équipes de médecins et de cliniciens de pratique avancée qui organisent des visites régulières dans les établissements de soins infirmiers.

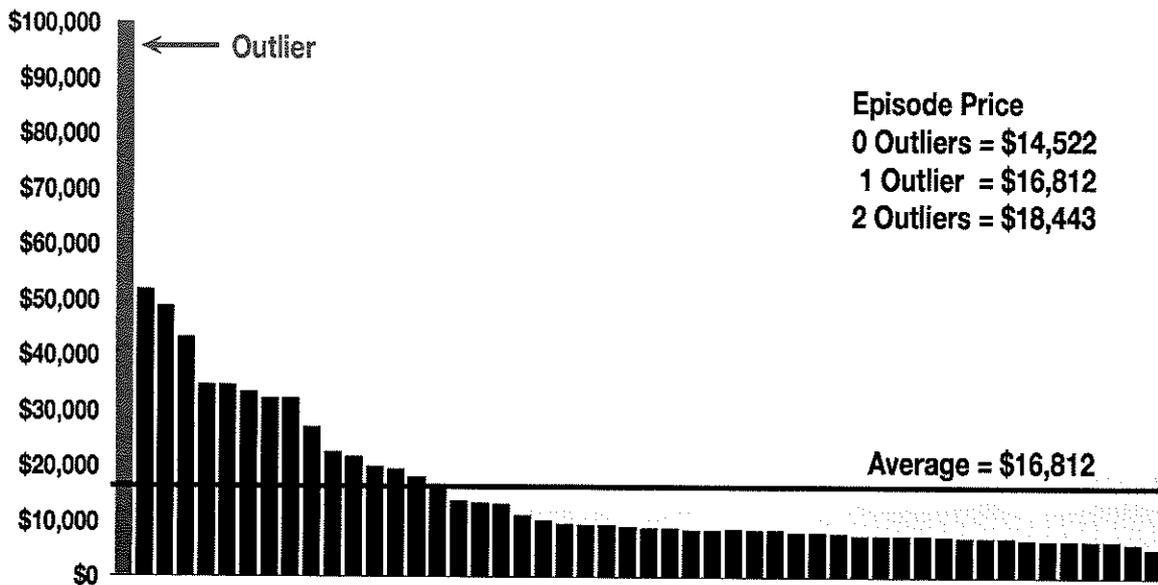
2.3.2.1/ Une variation aléatoire des dépenses par épisode d'une année à l'autre

L'un des aspects les plus difficiles de tout programme de paiement groupé par épisode de soins est la **variation aléatoire du coût moyen du traitement** dans une cohorte de patients pour un épisode clinique particulier. Cela se produit en raison de la variation substantielle de la sévérité des patients (et du nombre de valeurs aberrantes) sur une période donnée. Le problème est exacerbé lorsque la plupart des fournisseurs de soins ont un volume de cas relativement faible pour chaque épisode de soins.

Par exemple, si un hôpital a 50 cas avec des dépenses moyennes de 15 000 \$ en 1ère année et a exactement les mêmes cas en deuxième année sauf un patient qui est un cas extrême de 100 000 \$, le coût moyen par épisode augmenterait de 11,3%. Si l'hôpital a exactement la même répartition des patients sur deux ans, mais sans valeur aberrante la première année et deux valeurs extrêmes de 100 000 \$ la deuxième année, le coût moyen par épisode augmenterait de près de 23% (voir schéma 2). Si l'année 1 était utilisée pour établir un prix cible et l'année 2 était la période de performance, l'hôpital subirait une perte importante tandis que si les valeurs aberrantes se produisaient l'année 1 et non l'année 2, l'hôpital subirait un gain important.

Graphique 4 : Illustration de l'impact des cas extrêmes sur la dépense moyenne/ Tarification pour 50 épisodes.

⁹ Medicare Payment Advisory Commission. Report to Congress. March 2012.



Source : RTI inc, Post-acute care episodes : expanded Analytica file, June 2011

Les participants au BP ont besoin de **stratégies pour gérer le risque** de variation aléatoire. Une approche consiste à réduire la variation en sélectionnant un portefeuille d'épisodes très courants pour augmenter le volume. Une autre consiste à acheter de la réassurance.

BPCI effectue un rapprochement des paiements trimestriels et, puisque le volume trimestriel est faible, le rendement trimestriel varie considérablement. Plutôt que de se concentrer trop sur les résultats trimestriels, les participants doivent être conscients de la variation aléatoire, développer des méthodes pour la réduire et maintenir une perspective à plus long terme axée sur l'amélioration du rendement.

Nous verrons ultérieurement que cette gestion génère des effets dévastateurs sur l'accès aux soins pour tous des épisodes gérés en BP.

2.3.2.2/ Des considérations de politique de santé

L'introduction du modèle CJR obligatoire de Medicare est un signal clair que le CMS est intéressé à étendre le paiement groupé dans le cadre de ses efforts pour transférer **50% des paiements Medicare dans des modèles de paiement alternatifs d'ici 2018**. Cela soulève **plusieurs problèmes en matière de politique de santé**.

La tarification BPCI est actuellement spécifique au fournisseur. C'est une bonne approche initiale, car elle encourage les fournisseurs à coûts élevés à participer au programme et à travailler à l'amélioration de la performance. CJR commence par une combinaison de prix moyens par épisode et par région pour les hôpitaux et de transition vers les prix moyens régionaux d'ici la quatrième année. Cela intensifiera la pression sur les fournisseurs dont les coûts sont supérieurs à la norme régionale pour réduire les dépenses tout en rendant la CJR plus attrayante pour les fournisseurs à faible coût. Ce passage rapide à un modèle de tarification régional sera très difficile pour certains fournisseurs.

Le BP pour les maladies chroniques peut exiger que le CMS développe des techniques plus avancées pour atténuer le risque de variation aléatoire des dépenses annuelles moyennes des participants avant que les prestataires ne soient à l'aise avec les modèles obligatoires. Celles-ci pourraient inclure un meilleur ajustement des risques, l'exclusion de services haute fréquence à coûts élevés, la tarification distincte de certains patients avec des coûts plus élevés comme le fait CMS avec des patients souffrant de fractures de la hanche ou la suppression de certains patients à risque élevé.

2.4/ Les failles et limites du BP révélées par l'expérience américaine

2.4.1/ L'échec du BP en Californie

Pour déterminer si le BP pouvait être un moyen efficace modèle de paiement pour la Californie, l'Integrated Healthcare Association (IHA¹⁰) a convoqué un groupe de parties prenantes (plans de santé, hôpitaux, centres de chirurgie, organisations de médecins et vendeurs) pour développer, à travers un processus consensuel, les méthodes et moyens de mise en œuvre de paiement groupé. Malgré un haut niveau d'enthousiasme et d'effort, le pilote n'a pas réussi à atteindre son objectif de mettre en œuvre un paiement groupé pour des procédures orthopédiques entre plusieurs payeurs et les partenaires hôpitaux-médecins.

Une évaluation du projet pilote a documenté un **certain nombre d'obstacles, comme le fardeau administratif, l'incertitude réglementaire de l'État et des désaccords sur la définition du regroupement et la prise en charge du risque**. En fin de compte, peu de contrats ont été signés, ce qui a entraîné un volume insuffisant pour tester les hypothèses sur l'impact du paiement groupé sur la qualité et les coûts¹¹.

L'étude de l'Integrated Healthcare Association (IHA)

En 2010, l'association intégrée des soins de santé (IHA), un groupe de parties prenantes en Californie, et la RAND Corporation, une société indépendante et un évaluateur objectif, ont obtenu une subvention de trois ans de 2,9 millions de USD. Le projet, était destiné à mettre en œuvre et à évaluer le paiement groupé pour la chirurgie orthopédique pour les Californiens assurés âgés de moins de soixante-cinq ans.

¹⁰ IHA est une Association des soins de santé intégrés (IHA), à but non lucratif et non partisane, créée en 1994. Elle rassemble diverses parties prenantes qui s'engagent à faire progresser des soins de grande qualité, axés sur les patients, en Californie et dans le pays.

¹¹ «Ridgely MS¹, de Vries D², Bozic KJ³, Hussey PS⁴. Bundled payment fails to gain a foothold In California: the experience of the IHA bundled payment demonstration.- *Health Aff (Millwood)*. 2014 Aug;33(8):1345-52. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0114.

Au début de la période de subventions, les participants incluaient six des plus grands plans de santé de Californie, huit hôpitaux et une association de praticiens indépendante. Les dirigeants de chacun de ces organisations étaient prêts à participer à un processus de consensus pour développer une démonstration de BP, puis à contracter avec d'autres organisations pour mettre en œuvre un pilote pour les procédures orthopédiques. Leur participation était motivée par le désir d'acquérir de l'expérience avec un nouveau modèle de paiement qui pouvait conduire à des améliorations dans les soins.

Résultats

Malgré un haut niveau d'enthousiasme et d'effort parmi un large éventail de parties prenantes de Californie, le pilote de paiement groupé IHA a connu une série de retards importants et était finalement incapable d'atteindre ses objectifs. Pour diverses raisons, le volume des procédures remboursées sous paiement groupé pendant la période pilote était exceptionnellement faible.

Sur les six plans de santé d'origine (PPO¹²), deux entités à haut volume ont abandonné complètement. Ces deux grands plans se sont retirés parce qu'ils n'étaient pas certains **que le pilote allait mener à la refonte des soins et réduire les coûts**. Un autre plan de santé plus petit – un HMO - a finalement décidé que le BP était incompatible avec ses activités. Au final, trois plans ont finalement exécuté les contrats de paiement groupés.

Des huit hôpitaux qui ont initialement indiqué un intérêt, seulement deux ont éventuellement signé des contrats avec les plans PPO. Les hôpitaux ont abandonné à cause d'un manque d'intérêt perçu dans leurs propres institutions et des préoccupations au sujet du temps et de l'effort impliqué. Non seulement les hôpitaux ont abandonné le projet pilote, mais le volume des procédures orthopédiques pour les adultes de moins de soixante-cinq ans assurés par le reste du PPO était extrêmement faible, seulement trente-cinq cas en trois ans.

Les 4 raisons de l'échec

Difficultés à définir le contenu du paiement groupé

Les parties prenantes ont convenu qu'un seul ensemble de contenus de bundle était nécessaire et que la définition du BP du pilote était inadéquate. Les parties prenantes ont également signalé que bien que le processus de consensus ait eu l'avantage de la transparence, le temps nécessaire pour parvenir à un consensus sur les définitions de bundle ralentissait la mise en œuvre du pilote considérablement.

Les Parties ont également eu du mal à atteindre un consensus à propos de quelles exclusions (par exemple, préexistantes comorbidités et autres facteurs de risque potentiels tel que l'indice de masse corporelle élevé) s'appliqueraient aux définitions de bundle. Certaines parties prenantes ont estimé que la négociation d'exclusions potentielles entraînait des imbroglios. Par exemple, les représentants des plans de santé étaient intéressés par de larges critères d'inclusion

¹² Preferred provider Organization : réseau de santé défini par un assureur privé de santé.

pour augmenter le nombre de patients potentiellement couverts sous chaque épisode. Ils ont également favorisé plus de définitions larges pour allonger le moment de l'épisode et inclure plus de services (comme les soins pré-chirurgicaux et les soins post-opératoires). En revanche, les hôpitaux et les chirurgiens en général ont cherché à réduire les critères d'inclusion (pour inclure seulement les patients à plus faible risque) et à limiter la durée de l'épisode.

Le volume était une considération clé dans les décisions, à savoir si les hôpitaux pouvaient s'attendre à répartir les coûts de la refonte clinique à travers un haut volume de patients, si les médecins seraient suffisamment incités à changer leurs pratiques, et si les plans de santé investiraient sans changer leurs procédures administratives. **In fine, la réponse à tous ces questions étaient non.**

Ceci est intéressant car la plupart des assureurs sont concernés par limiter la hausse des coûts des procédures orthopédiques. Cependant, le **paiement groupé n'est pas la bonne approche** (à savoir si tel besoin de patient nécessite une procédure particulière). Les payeurs participants ont signalé qu'ils étaient plus préoccupés par l'augmentation de l'utilisation de ces procédures que par le coût par cas.

Manque de confiance et intérêts divergents

Surtout au début du processus, les parties prenantes étaient sceptiques quant aux motivations des différentes parties. Un représentant d'un plan de santé a déclaré : "Je pense que tout le monde était intéressé par le concept, mais quand il est arrivé au cœur, les dollars, il est devenu clair qu'ils n'avaient aucun désir d'aller de l'avant. Les hôpitaux qui ont participé étaient plus là pour protéger ce qu'ils avaient".

Dans la mesure où les hôpitaux et les médecins étaient prêts à prendre des risques et à offrir des garanties avec le BP, les hôpitaux voulaient que les PPO leur envoient un volume de patients plus élevé vers eux. Le projet IHA n'a pas inclus d'incitations pour les patients à utiliser les hôpitaux participants. Ce manque d'orientation des patients a grandement réduit l'enthousiasme des hôpitaux à participer.

Manque d'infrastructures techniques pour gérer le process et payer les réclamations

Voyant le faible volume, les plans de santé ont décidé qu'ils devraient traiter les réclamations manuellement. Cela a rendu impossible le test de processus automatisés pour payer ou refuser des réclamations qui étaient soumis à l'assureur dans le cadre du projet pilote. En outre, au moins initialement, les hôpitaux manquaient de capacité pour payer les réclamations de médecin.

L'IHA a approché deux fournisseurs de technologies en aide. En un an, un fournisseur avait développé un nouveau logiciel pour les hôpitaux pour payer les réclamations des médecins. Malgré ces efforts, le paiement des réclamations a continué d'être une préoccupation importante

tout au long de la pilote. Le volume limité a entravé la capacité du pilote pour tester ces solutions de paiement de réclamations.

Délais et incertitudes sur la réglementation de l'État

Les deux plans de santé et les hôpitaux étaient préoccupés de payer les médecins pour les services qu'ils ont indépendamment fourni au patient car cela pouvait violer la loi de l'état de Californie qui empêche les hôpitaux d'employer directement des médecins.

Les leçons de l'échec des BP en Californie

Un besoin de volumes élevés

Le BP nécessite des changements structurels si importants pour les fournisseurs de soins comme pour les payeurs qu'un nombre élevé de volumes de patients concernés par l'épisode de soins est indispensable. Sans ces volumes élevés, il n'y a pas d'incitations suffisamment fortes pour mettre en place les changements.

Mettre en place les critères de pertinence

Des études ont montré l'intérêt de mettre en place des critères de pertinence dans les épisodes de soins concernés par le BP¹³. Bien que les paiements groupés puissent réduire les gaspillages principalement dans le cadre des soins post-aiguës, il est possible que les fournisseurs changent de comportement pour augmenter le nombre d'épisodes. De telles mesures atténueraient les économies que Medicare aurait pu accumuler et pourraient perpétuer le mécanisme de paiement à l'acte.

Trouver des méthodes efficaces et acceptables pour gérer le risque

Les fournisseurs et les payeurs ont naturellement des intérêts concurrents dans la distribution des risques. Dans le projet pilote de l'IHA, le risque du fournisseur a été atténué en excluant les patients à haut risque, contribuant à la baisse des volumes. Idéalement, les programmes de paiements groupés devraient inciter les professionnels selon le risque de performance (c'est-à-dire les facteurs qui sont sous leur contrôle) et ajuster pour le risque assurantielle (facteurs sont en dehors du contrôle des fournisseurs).

Identifier des solutions techniques pour gérer le paiement du BP

La gestion des réclamations pour le paiement groupé a été un obstacle majeur dans l'administration des programmes.

¹³ Weeks WB, Rauh SS, Wadsworth EB, Weinstein JN. « The unintended consequences of bundled payments. » *Ann Intern Med.* 2013 Jan 1;158(1):62-64. doi: 10.7326/0003-4819-158-1-201301010-00012.

Inclure des changements dans la conception de avantages financiers des salariés

Les fournisseurs avaient une incitation limitée à participer au pilote IHA.

2.4.2/ Les risques du BP pour les patients âgés vulnérables

Un programme pilote de cinq ans a été établi en Janvier 2013 pour évaluer un paiement à **l'épisode de soins (BP) sur une population de personnes âgées**¹⁴. Le Centre pour l'innovation Medicaid et Medicare a reçu des propositions sur plusieurs modèles de paiement groupés. L'épisode de soins le plus long des modèles proposés commencera trois jours avant l'admission à l'hôpital et se prolongera jusqu'à trente ou quatre-vingt-dix jours après la sortie de l'hôpital. Un paiement groupé est versé à un système hospitalier pour l'épisode total de soins, sans paiements supplémentaires pour des services spécifiques tels que les visites chez le médecin, les coûts de gestion ou les soins post-opératoires.

Bien que les hôpitaux et les prestataires en post-opératoires vont probablement placer en priorité la transition des patients entre les hôpitaux et leurs maisons sous le regroupement de paiement, le programme pilote exclut les services à long terme et supports dans le cadre du « bundle ». Par définition, ces services sont de nature chronique et ne se prêtent pas à ce modèle de paiement. Ainsi, peu d'incitation existe pour coordonner les soins avant ou après l'épisode. En conséquence, le programme pilote échouera à créer le type d'intégration parmi aiguë, post-aiguë et primaire d'une part, et les services de long terme communautaires et institutionnels d'autre part, qui est reconnu pour bénéficier aux adultes frêles plus âgés.

En outre, nous nous attendons à ce que les hôpitaux et les professionnels de ville aient un recours plus limité à des référents en ville. Par exemple, de nombreuses maisons de soins infirmiers fournissent actuellement à la fois des services post-opératoires et de long terme. Le BP conduit à la segmentation du marché, avec plus de maisons de soins infirmiers spécialisés en soins post-aiguës seulement pour que les services de soins qu'elles fournissent soient inclus dans le BP. **Ce type de spécialisation exacerberait la fragmentation entre aiguë, post-aiguë, et services et soutiens de long terme.**

Compte tenu du paiement au forfait fixe pour un patient hospitalisé d'un épisode de soins, le **refus de soins est également une préoccupation légitime**, en particulier pour les personnes fragiles adultes plus âgés. Ainsi, au lieu de maximiser les marges en assurant une transition efficace des personnes âgées des hôpitaux vers leur prochain site de soins, les fournisseurs peuvent simplement **refuser des services ou retarder les services au-delà de la période de paiement groupé et réaliser des économies de coûts.**

¹⁴ By Mary D. Naylor, Ellen T. Kurtzman, David C. Grabowski, Charlene Harrington, Mark McClellan, and Susan C. Reinhard - *Unintended Consequences Of Steps To Cut Readmissions And Reform Payment May Threaten Care Of Vulnerable Older Adults*

Des préoccupations similaires se sont matérialisées lors de l'introduction du paiement prospectif de Medicare en 1983, ce qui a conduit à un séjour hospitalier plus court, une hausse des besoins post-hospitaliers non satisfaits et des taux de ré hospitalisation plus élevés¹⁵¹⁶.

En supposant que les fournisseurs répondent au BP de manière similaire, il pourrait y avoir des conséquences en aval, avec **les systèmes hospitaliers réalisant des transferts de coûts à la période postbundle.**

2.4.3/ Les grandes sociétés aux USA ne croient pas que la réforme des paiements seule transformera les soins et réduira les coûts

Les grands employeurs américains sont les principaux payeurs du système de santé américain pour les actifs. Ils sont donc en première ligne pour apprécier les innovations qui permettront d'améliorer la qualité tout en baissant les coûts. **Ces grands employeurs restent sceptiques sur la capacité des réformes de financement comme le BP à provoquer les restructurations organisationnelles nécessaires du système de santé américain¹⁷.**

Repenser les flux organisationnels et les process a été courant dans la plupart des industries ces trente dernières années. Cela é été le cas pour IBM sous la présidence de Louis Gerstner, pour éliminer le gaspillage et toute activité sans valeur directe pour ses clients.

Le "Contexte de travail" dans les soins de santé.

Le contexte de travail décrit l'environnement et les conditions dans lesquels les gens travaillent, y compris le physique et psychologique environnement de travail ; la culture de l'organisation ; et les attributs de gestion de l'organisation, comme le style de leadership et s'il y a ou non des systèmes de gestion pour le développement des compétences et l'amélioration permanente de la qualité.

Le résultat des facteurs humains dans toute organisation sera influencé par, entre autres facteurs, les interactions entre les personnes, le contexte dans lequel ces interactions se produisent, et les rétributions que les gens reçoivent. Même des personnes qualifiées avec des incitations financières appropriées vont avoir de la difficulté à résoudre des problèmes compliqués s'ils opèrent dans des environnements avec des échanges imparfaits d'information et une communication déficiente, ou où le travail est organisé de manière à permettre aux employés

¹⁵ Anderson GF, Steinberg EP. Hospital readmissions in the Medicare population. *N Engl J Med.* 1984;311(21):1349–53.

¹⁶ Eljay LLC. *A report on shortfalls in Medicaid funding for nursing home care.* Washington (DC): American Health Care Association; 2010 Dec.

¹⁷ By Martin J. Sepúlveda and Helen Darling- *Large Employers That Have Lived Through Transformation Say Payment Reform Alone Won't Cut Costs And Reengineer Care-* doi: 10.1377/hlthaff.2012.0355 HEALTH AFFAIRS 31, NO. 9 (2012): 2037–2042 ©2012 Project HOPE— The People-to-People Health Foundation, Inc.

de rester isolé et de réussir en dehors des équipes. Dans un tel contexte, si la rémunération est basée sur la performance, le résultat peut être des niveaux élevés de frustration, d'inefficacité.

Les organismes de soins de santé subissent aujourd'hui des changements majeurs, passant de soins fragmentés, centrés sur le fournisseur à des soins plus centrés sur le patient avec des services intégrés et de l'information. Au lieu de mesurer la performance et de déterminer un paiement basé sur les unités de service livrées, les rétributions sont maintenant basées sur l'amélioration clinique. Une concentration sur la qualité exige plus de mesure et de transparence, ainsi que la responsabilisation des fournisseurs pour l'amélioration de la qualité et une formation en continue.

Répondre aux nouvelles réalités du marché

Répondre à ces nouvelles réalités du marché, les organisations de soins devront transformer leur contexte de travail à la fois pour qu'il soit caractérisé par une communication et une collaboration grandement améliorées et de sorte qu'il favorise l'innovation.

L'expérience d'IBM et d'autres organisations industrielles qui ont subi cette transformation est pertinente. Au cours des années 1990, sous Gerstner, IBM devait transformer fondamentalement son contexte de travail, ainsi que modifier la compensation pour la lier à l'amélioration de la performance. Presque tous les aspects de l'entreprise ont dû être changés, en commençant par la communication envers les employés. Un objectif de communication critique était de s'assurer que tout le monde ait compris ce qui se passait chez IBM et quelle était la relation entre le travail quotidien de chaque personne et les besoins urgents de l'entreprise. De nouvelles compétences ont été créées pour les employés, y compris les capacités à diriger et à travailler en équipe comme l'acquisition de connaissances approfondies dans le besoin clients, les défis commerciaux et les priorités (collectivement appelé « centrées sur le client »).

Comme dans le cas d'IBM, la compensation interne peut être structurée de manière à encourager et soutenir le changement nécessaire. Mais la politique publique pourrait être un support pour ces efforts de transformation.

La loi de 2015 sur le BP pose plusieurs questions¹⁸

La loi de coordination et de paiement groupé des soins post-opératoires (SPO) de 2015¹⁹ donne au coordinateur de soins post-opératoires un montant fixe de remboursement pour financer les soins post-opératoires sur une période de 90 jours suivant la sortie de l'hôpital suite à un épisode aiguë. Les coordinateurs de SPO peuvent être les hôpitaux, les fournisseurs de SPO, les assureurs, un administrateur tiers.

¹⁸ « *Bundling patients for post-acute care* » Center for medicare advocacy- T.Edelman- May 2015

¹⁹ *The bundling and coordinating Post-Acute Care Act of 2015 (the BACPAC) Act of 2015, HR 1958*

Respect des droits des patients

La loi ne précise pas si les patients donnent leur accord au préalable au BP. Est-ce obligatoire ou basé sur le volontariat ? Ensuite, est ce que lorsque le patient entre dans le programme, il a connaissance de l'ensemble des prestataires qui composent l'offre de SPO ? Enfin, peut-il choisir son type de fournisseur de SPO, peut-il refuser celui qu'on lui propose ?

Les conflits d'intérêts

Le coordinateur des SPO collecte la plus grande part des remboursements partagés au sein du BP (55%). Étant responsable des coûts de Medicare sur 90 jours, le coordinateur peut être motivé par identifier les services de SPO les moins coûteux. Cependant, le SPO le moins coûteux peut ne pas fournir un bon service au patient.

En conclusion, la coordination améliorée des soins des bénéficiaires de Medicare pourrait résulter en une qualité améliorée des soins pour les patients à des coûts moindres. Cependant, cette coordination est déjà obligatoire. Medicare exige déjà des hôpitaux qu'ils conduisent un plan de sortie des hôpitaux pour identifier les fournisseurs de SPO appropriés pour les patients. En réalité, la loi imposant le BP donne une incitation financière pour réduire les SPO. La demande de la loi de commencer avec des bénéficiaires de Medicare les plus coûteux, met en priorité la réalisation d'économies financières plutôt qu'une amélioration de la coordination des soins. C'est bien le but clé de la loi.

2.5/ « Paiement à la performance : une tendance dangereuse des politiques de santé qui ne va pas s'éteindre ».

Le BP est un outil de paiement à la performance qui est une tendance lourde de la politique de santé aux USA comme en Europe. Les publications parues depuis 18 mois, issues des plus grandes universités américaines, apportent un éclairage nouveau et globalement très défavorables sur cette tendance²⁰²¹.

Le titre du paragraphe est tiré d'un article de Kip Sullivan et Stephen Soumerai²² publié dans STAT le 30 janvier 2018. Il fait état d'une étude réalisée dans les universités de Pittsburg et de

²⁰ Markovitz, A. A., & Ryan, A. M. (2017). *Pay-for-Performance: Disappointing Results or Masked Heterogeneity?*. *Medical Care Research and Review*, 74 (1), 3-78.

²¹ Ogundéji, Y. K., Bland, J. M., & Sheldon, T. A. (2016). *The effectiveness of payment for performance in health care: A meta-analysis and exploration of variation in outcomes*. *Health Policy*, 120 (10), 1141-1150.

²² Kip Sullivan, J.D., est membre du comité consultatif sur les politiques de soins de santé pour tous au Minnesota et du comité de stratégie législative de la section des médecins du Minnesota pour un programme national de santé. Stephen Soumerai, Sc.D., est professeur de médecine de santé publique et fondateur et ancien directeur de la Division des politiques de santé et de la recherche en assurance à la Harvard Medical School, où il enseigne les méthodes de recherche.

Harvard ²³ démontrant que les programmes de paiement à la performance de Medicare n'ont pas réduit les coûts ni amélioré la qualité. Ils ont même pénalisé les médecins qui prenaient en charge les patients les plus pauvres et les plus malades car leur score qualité en était affecté. .

Le cas d'un vétéran dans un hôpital des vétérans de l'Oregon a été publié dans le New York times²⁴. Walter Savage, âgé de 81 ans est arrivé aux urgences de l'hôpital déshydraté et mal nourri, exigeant une hospitalisation immédiate selon les deux médecins présents. L'administration de l'hôpital a refusé malgré la présence de nombreux lits disponibles. La raison était de ne pas abaisser le score de l'hôpital en matière d'hospitalisation selon un système de classement à partir de score de qualité. Ces scores servaient de base pour noter l'hôpital et le calcul des bonus des dirigeants.

Les programmes Medicare de paiement à la performance ont conduit les administrations hospitalières à **trier les patients pour écarter les cas les plus complexes** afin d'optimiser les scores de qualité. Les hôpitaux s'efforcent ainsi de transférer les gros risques sur d'autres établissements. Ils peuvent être plus profitables en sélectionnant leurs patients. Certains hôpitaux, selon les principes du paiement à la performance, arrêtent de réaliser la chirurgie sur des patients à risque.

Début janvier 2018, la **Commission de conseil de Medicare²⁵ a recommandé au Congrès américain de supprimer** le programme de paiement à la performance de Medicare, imposé par le Congrès en 2015 car le programme **était coûteux et inefficace**. La commission a estimé que le programme était trop lourd pour les médecins et qu'il ne les incitait pas à améliorer la qualité.

Cette décision importante résulte d'une décennie de rapports peu médiatisés indiquant que les programmes venaient pénaliser ou récompenser les médecins à partir de mesures de coûts et de qualité, souvent imprécises ou inadéquates. **Cette politique de la carotte et du bâton ne fonctionne pas pour plusieurs raisons, selon l'étude d'Harvard et Pittsburg**. Les sanctions :

- N'ont pas amélioré la santé des patients
- Ont nui aux patients les plus malades et les plus pauvres
- Ont encouragé les médecins et les hôpitaux à éviter des patients plus malades qui réduisent les scores de qualité en raison de facteurs indépendants de la volonté des médecins
- Ont fait en sorte que certains médecins cessent d'utiliser des traitements de sauvetage s'ils n'aboutissent pas à des primes
- Ont créé des interruptions dans les soins médicaux nécessaires
- Ont réduit la satisfaction professionnelle et saper l'altruisme et le professionnalisme des médecins.

²³ « The Value-Based Payment Modifier: Program Outcomes and Implications for Disparities »- *Eric T. Roberts, PhD; Alan M. Zaslavsky, PhD; J. Michael McWilliams, MD, PhD- November 2017- Annals of internal medicine.*

²⁴ « *At Veterans Hospital in Oregon, a Push for Better Ratings Puts Patients at Risk, Doctors Say* »- *Par Dave Philipps- New York Times- 1^{er} Janvier 2018*

²⁵ MedPAC votes 14-2 to junk MIPS, providers angered- By [Virgil Dickson](#) | January 11, 2018

Une des explications à ces constats est que la qualité clinique de la prise en charge n'est pas le seul facteur qui détermine le résultat clinique. Les médecins qui traitent des patients plus pauvres, plus âgés et plus malades auront forcément des résultats moins bons que les autres. Il existe des facteurs (génétique, aptitudes, assurance...) hors de contrôle des médecins qui influenceront sur les performances cliniques.

Avec toutes ces mauvaises nouvelles au sujet des programmes de rémunération à la performance et de leurs effets destructeurs, il serait facile de supposer que le concept va bientôt mourir d'une mort bien méritée.

Dans un éditorial accompagnant l'étude *Annals of Internal Medicine*, Ashish Jha de Harvard et Austin Frakt de l'Université de Boston²⁶, qui avaient déjà exprimé leur sympathie pour le paiement de primes, soutenaient qu'il était temps d'abandonner les programmes de rémunération au rendement. L'étude *Annals*²⁷ "devrait être le dernier clou dans le cercueil de la génération actuelle de P4P [rémunération à la -performance]", ont-ils écrit.

Pourtant, nous ne célébrons pas la mort de cette politique parce que la preuve n'a jamais importé à ses partisans. **Les politiques de bonus-et-pénalité sont devenues extrêmement populaires parmi les décideurs politiques et l'industrie de l'assurance**, même s'il n'y avait aucune preuve soutenant les décisions quand elle a décollé au début des années 2000.

Bien que la recherche sur la rémunération à la performance se soit accumulée depuis lors, les décideurs l'ont soit ignorés, soit ont fait valoir que la rémunération à la performance n'a besoin que d'être peaufiné. Comme l'indiquait un article de synthèse en 2006, les programmes de rémunération au rendement « sont mis en œuvre dans un vide quasi scientifique ».

²⁶ « Face the Facts: We Need to Change the Way We Do Pay for Performance »- *Austin B. Frakt, PhD: Ashish K. Jha, MD, MPH- Annals of internal medicine- 28 November 2017*

²⁷ « Face the facts : we need to change the way we do pay for performance »- *Anals of internal medicine- 28 November 2017*

A RETENIR

Après plusieurs expérimentations à petites échelles peu fructueuses du paiement à l'épisode de soins, l'État américain a pourtant décidé de lancer à grande échelle en 2013 à travers les programmes BPCI et CJR. Le BPCI est national, sur la base du volontariat et porte sur 48 épisodes de soins. Le CJR est obligatoire, sur 67 zones géographiques et porte uniquement sur la prothèse du genou et de la hanche.

La mise en place de ces programmes exige une restructuration importante des structures de soins, impliquant des investissements, des évolutions de process et des changements de pratiques. Pour les hôpitaux, il faut identifier le plus précocement possible les patients éligibles et évaluer leurs risques de complications, établir des capacités d'analyse et de partage d'information, suivre le patient tout au long des soins, créer de nouveaux rôles dans les soins.

Les études démontrent que le potentiel de gains économiques et d'amélioration de la qualité de la prise en charge se situe au niveau des soins post-opératoires. Soit en réduisant l'utilisation des structures les plus intensives en capitaux, soit en établissant des relations privilégiées avec les fournisseurs de soins soit en investissant dans les systèmes d'information et le personnel.

La variation aléatoire des dépenses par épisode d'une année à l'autre est un frein majeur à l'efficacité du BP, notamment du fait de cas extrêmes de patients qui peuvent fausser complètement les dépenses moyennes. Au sein même d'une région, il peut exister des pratiques très différentes de gestion des soins post-opératoires qui peuvent profondément impactés les effets du BP.

Malgré un lourd investissement et beaucoup d'enthousiasme au départ, la mise en place du BP dans l'état de Californie a été un énorme échec du fait de la complexité administrative impliquée par le BP, des désaccords sur le contenu des soins regroupés dans le financement unique et des volumes de patients trop faibles. Outre le scepticisme sur l'impact du BP sur la qualité et les coûts, l'échec californien illustre l'impact organisationnel, psychologique et financier majeur de la mise en place du BO sur les structures de soins et de financement.

Un programme de BP sur personnes âgées lancé en 2013 a mis en évidence les risques du concept de BP en matière de refus de soins de certaines structures, de report de soins au-delà de la période concernée par le BP. Il s'est aussi traduit par une fragmentation des structures post-opératoires entre les soins dédiés au suivi post-opératoire et ceux dédiés au chronique.

Ces craintes ont été confirmés par des études menées en 2016 et 2017 qui ont confirmé que des approches comme le BP, consistant à un paiement à la performance, ne réduisait pas les coûts ni n'améliorait la qualité d'une part, et pénalisaient les médecins qui prenaient en charge les patients les plus pauvres et malades. Elles incitent à trier les patients pour écarter les cas les plus complexes. Si elles sont devenues très populaires parmi les décideurs et les assureurs, les approches de paiement à la performance se sont étendues dans un désert de preuves scientifiques de leur efficacité.

III. Les étapes de la réflexion sur les nouveaux modes de rémunération

Pour comprendre les décisions actuelles des pouvoirs publics et être en capacité de mieux les évaluer, il est utile d'étudier les rapports et analyses sortis ces dernières années sur la question du financement à l'épisode de soins.

3.1/ Les étapes préliminaires avant la décision d'expérimentations en orthopédie

LFSS 2014

La loi de financement de la sécurité sociale 2014 prévoyait le financement au parcours de soins des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique. Un décret de Juillet 2015 et un arrêté de mai 2016 encadrent les modalités de l'organisation et du financement au parcours.

Rapport HCAAM 2015

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a annexé à son **rapport « innovation et système de santé » de février 2015** un document intitulé « *rémunération épisodes de soins* ». Il y est décrit le principe général et les objectifs du paiement groupé, les avantages et les risques et les préalables requis pour la mise en place.

Le rapport HCAAM met en avant la complexité du dispositif du paiement groupé. Il souligne que « *l'acteur responsable de la gestion du forfait doit être en position de décider des modalités du parcours de soins dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques* ».

Il recommande de démarrer par des expérimentations dans des domaines « *où les avantages attendus paraissent particulièrement importants* ». Les domaines prioritaires seraient donc ceux « *où il existe un fort potentiel de transfert d'activité de l'hôpital vers la ville* » tels que l'IRC terminale ou la cancérologie.

Il suggère d'étendre la logique des GHS à la période péri-opératoire, incluant les soins avant et après le séjour. Le forfait serait égal « *au tarif actuel du GHS auquel s'ajouterait une quote-part du tarif du GHS de la seconde hospitalisation, cette quote-part devant refléter la proportion de ré hospitalisation observée lorsque les meilleures pratiques sont mises en œuvre* ».

Rapport charges et produits 2017

Outre un rappel sur l'expérimentation suédoise, ce rapport de la CNAMTS paru le 7 juillet 2016 suggère **la mise en place du paiement groupé pour la spécialité orthopédie, hanche**

et genou. Il s'appuie sur une analyse médico-économique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) qui montre que :

- la DMS dans les établissements pratiquant la RAAC est inférieure de 37% (3,2 jours en moyenne sur 5 spécialités) ;
- la baisse des DMS induit une baisse des coûts hospitaliers de 31% mais pas de baisse des dépenses d'assurance maladie à tarifs constants ;
- Le taux de recours au SSR est plus faible pour les établissements pratiquant la RAAC ;
- Les patients pris en charge dans les établissements à RAAC ont des dépenses de médicaments supérieures à l'ensemble des patients en préopératoire comme en postopératoire.

Face à ces résultats, le financement au GHS est **un modèle très incitatif** pour le développement de la RAAC. En effet, alors que les tarifs sont calculés sur la base de séjours plus longs et plus coûteux, la RAAC permet de dégager en moyenne, selon l'étude sur 5 spécialités, un gain de 580 euros par séjour. Cela permet de dégager des ressources pour financer la montée en charge de la RAAC.

Le rapport précise que la nécessité de « mettre en place » un autre mode de financement incitatif pour développer la RAAC « **n'apparaît pas évidente de prime abord** ».

Malgré cela, le rapport suggère la mise en place **d'un forfait spécifique à la RAAC** comprenant, outre le séjour lui-même, une partie des dépenses pre et post hospitalisation. Un partage des économies réalisées entre le payeur et les offreurs de soins avec une visibilité sur une période de trois ans serait selon le rapport un facteur susceptible de rassurer les acteurs et de les inciter à s'engager dans une telle démarche.

Les établissements seraient **obligés de contractualiser avec les autres professionnels de santé**. L'assurance maladie n'aurait plus à supporter les dépenses liées à des ré interventions évitables. La performance des établissements pourrait être jugée à partir d'indicateurs tels que la réduction de la DMS, le taux de ré hospitalisation, le taux d'infections associées aux soins, la lutte contre la douleur et des indicateurs patients. Ainsi les résultats pourraient donner lieu à une modulation du forfait au parcours.

L'analyse médico-économique démontre clairement que le modèle GHS devrait être incitatif pour les établissements à développer la RAAC, **mais s'il ne l'est pas c'est que les baisses de prix récurrentes des GHS ne donnent pas de visibilité aux établissements pour financer les coûts de mise en place de la RAAC**.

Il aurait pu être proposé de partager les économies générées par la baisse des coûts de production entre les professionnels de santé des établissements (dans le public comme dans le privé) selon un niveau de développement de la RAAC pour inciter à son extension.

Par un curieux raisonnement, ce qu'on ne veut pas faire à l'échelle d'une entité de soins (établissement de soins), on suggère de le faire entre plusieurs entités, ce qui est évidemment beaucoup plus complexe.

3.2/ La consolidation du projet « épisodes de soins » en 2017

Rapport Véran

Le député Olivier Véran s'est vu confier par Marisol Touraine une mission sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé. Celui-ci a été remis à la Ministre le 5 avril 2017, juste avant les dernières élections présidentielles.

Le rapport fait état d'un retard important pour la France concernant la mise en place d'indicateurs de résultats concernant la qualité des soins. Nous avons développé des indicateurs de processus mais pas de résultats.

« Nous avons développé en France des indicateurs de processus mais accusons un important retard par rapport aux pays comparables pour ce qui concerne les indicateurs de résultats. Tous ces pays établissent et diffusent des indicateurs de mortalité (globaux ou par pathologie), des indicateurs de réadmission, des indicateurs relatifs aux évènements indésirables ou aux infections nosocomiales. De nouveaux indicateurs dits PROMs (Patient Reported Outcome Measures) se développent. Il ne s'agit pas de sous-estimer les difficultés scientifiques et techniques rencontrées pour mettre en place de tels indicateurs mais il convient d'engager dès à présent l'investissement nécessaire pour disposer de ces données. A cet égard, il est proposé d'y consacrer, sous l'égide de la HAS, autant de moyens que ceux aujourd'hui consacrés au développement et à la maintenance des outils de tarification. Cet effort d'investissement doit être conduit en veillant à associer les professionnels du secteur hospitalier, les médecins au premier chef, à la définition de ces indicateurs. »

Malgré ce constat, il est proposé plus loin dans le rapport de réorganiser au plus vite le mode de financement en fonction du parcours de soins, en privilégiant la « valeur de soins ». Il propose de privilégier « trois modes de financement :

- **Un financement T2A au séjour** pour des séjours ponctuels et simples ;
- **Un financement à l'épisode de soins** pour les actes chirurgicaux lourds ou des soins médicaux aigus nécessitent une prise en charge en amont et en aval, impliquant des médecins et soignants de ville et des professionnels des établissements de soins ;
- **Un financement au parcours**, répondant spécifiquement à la prise en charge des pathologies chroniques, et impliquant la médecine de ville et la médecine hospitalière ».

La lecture des annexes²⁸ du rapport Véran démontre que même si cette évolution des modes de paiement a jusqu'à maintenant montré des **résultats décevants, c'était un phénomène de mode qu'on ne pouvait laisser passer**. Voici quelques extraits :

« Sous la dénomination de la value-based payments ou de " pay for performance (P4P), le paiement à la qualité jouit d'une grande vogue, notamment dans les pays anglo-saxons... »

²⁸ Annexe 5, p43-46- Rapport Véran - L'évolution des modes de financement des établissements de santé- Une nouvelle échelle de valeur – Avril 2017

« Plus fondamentalement, les résultats publiés au niveau international des expériences de Paiement à la performance sont le plus souvent mitigés et globalement plutôt décevants. Ainsi, après un examen des études disponibles pour 34 programmes hospitaliers de paiement à la performance, les auteurs concluent que "l'effet du P4P n'est pas clair et qu'il se peut que les effets positifs limités repérés puissent être attribués à d'autres éléments constitutifs de ces programmes, tels que la diffusion publique et la plus grande disponibilité des données sur la qualité. Ces études suggèrent qu'il convient d'approfondir les réflexions sur les programmes de ce type et que les effets bénéfiques éventuels que l'on peut éventuellement en attendre dépendent de manière cruciale de la qualité des données, de la pertinence des indicateurs, du calibrage du dispositif de malus/bonus, de la compréhension et de l'acceptation du dispositif par les professionnels concernés ».

En synthèse, les expériences étrangères ont révélé que ce type de paiement n'apportait aucun résultat probant. Les conditions à leur mise en place sont bien définies et cruciales pour leur faisabilité. Le rapport Véran a repéré qu'elles n'étaient pas remplies en France (notamment absence d'indicateurs de qualité sur les résultats), ce qui n'empêche manifestement pas les auteurs de recommander l'instauration de telles modalités de rémunération.

Rapport charges et produits 2018 de la CNAMTS

Le rapport charges et produits 2018 de la CNAMTS²⁹ définit **les grands principes de construction du forfait global incluant reprises et complications.**

Selon la CNAMTS, la mise en place d'un paiement groupé incluant à priori les reprises et complications *« serait une incitation forte à la qualité et à la coordination des soins. Dans cette hypothèse, le risque et les bénéfices portent entièrement sur l'établissement ».*

Toute la performance de l'épisode de soins de la PH repose sur la seule responsabilité des établissements selon le modèle de la CNAMTS. Ils seront d'ailleurs les seuls récompensés ou pénalisés.

La non prise en compte des professionnels de ville dans l'optimisation de l'épisode de soins serait une erreur à double titre. D'abord, leur rôle dans la qualité de la prise en charge des patients subissant une opération chirurgicale lourde est avéré. Ce rôle sera d'ailleurs d'importance croissante avec le développement de la RAAC et de l'ambulatoire. Ensuite, il est paradoxal de prétendre améliorer la coordination des soins et de négliger une partie des acteurs dans le modèle de financement. Ce serait prendre le risque de créer une tension plus forte entre les parties prenantes.

Etant la seule étude disponible à ce stade sur la valorisation du forfait global unique et sachant que la CNAMTS est le promoteur du financement à l'épisode de soins, on peut penser que cette étude médico-économique sur la PH servira de base à la valorisation de l'épisode de soins proposé en 2018. Il est utile de l'analyser.

²⁹ « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses »- propositions de l'Assurance Maladie pour 2018- Juillet 2017- Partie 3-Paragraphe 5 : Promouvoir des modes de paiement favorisant la valeur créé par les soins.

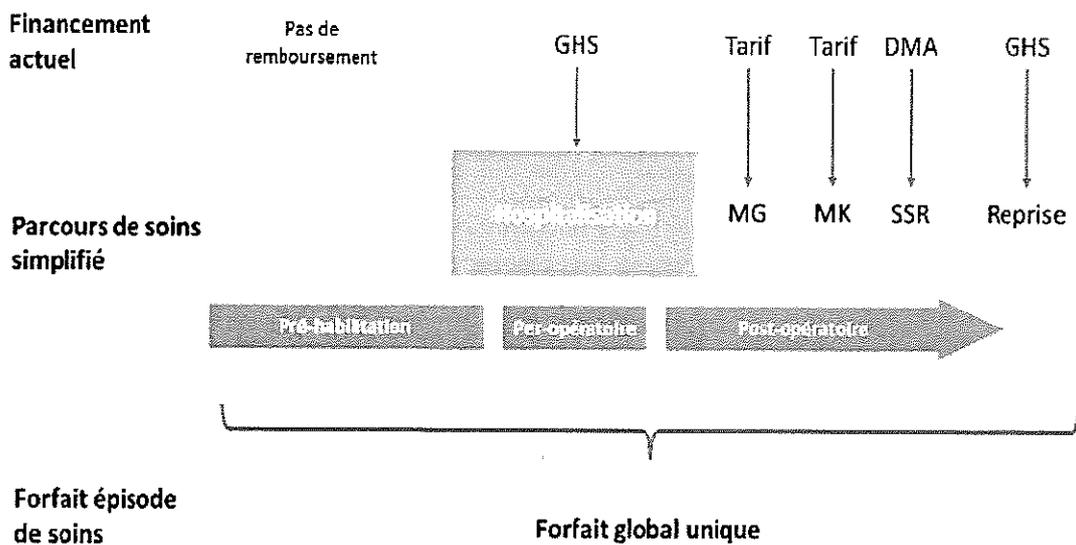
Voyons le modèle médico-économique proposé

Methodologie

L'étude médico-économique est réalisée à partir des données 2013 et 2014 sur une cohorte de patients pour les GHM 08C47 (PTH pour traumatisme récent (fracture)) et 08C48 (PTH sans traumatisme (coarthrose)). La base totale est de 210 145 séjours en 2013 et 2014. Les séjours considérés comme des reprises dans les 24 mois sont les séjours dont la racine GHM est 08C22. Les séjours considérés comme des complications dans les 6 mois sont ceux dont le diagnostic est T840,T845,T848³⁰.

La conception du forfait à l'épisode de soins est basée sur ce qui a été appliqué en Suède en 2009.

Schéma 1 : Contenu du forfait global unique



Note de lecture : Ce périmètre d'épisode de soins a été défini par un groupe d'experts mobilisés par la CNAMTS, il comprend trois étapes :

- **pré réhabilitation du patient** : Etape clé de l'information du patient et de son adhésion au programme de RAAC. Elle inclut les consultations préopératoires chirurgicale et anesthésique, ainsi que la consultation infirmière spécifique et quelques séances de kinésithérapie
- **peropératoire** : Prise en charge individualisée avec un monitoring spécifique selon le type d'intervention, un usage optimisé des anesthésiques, une prévention de l'hypothermie per opératoire, une épargne des analgésiques opioïdes, une prévention des nausées et vomissements post opératoires, le choix de techniques mini-invasives ;
- **post opératoire** : Inclut la préparation à la sortie, la mise en œuvre d'un suivi optimal en ambulatoire et les événements évitables tels que les complications précoces et tardives (les affections thromboemboliques, les infections, les luxations de prothèse dans les deux ans qui suivent l'arthroplastie de la hanche).

Sources : *Rapport charges et produits 2018- CNAMTS*

Évaluation du poids des reprises et complications

³⁰ T 840 Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne/ T 845 : Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne/ T 848 : Autres complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes.

Le taux de reprise a été évalué sur la cohorte de 2013³¹ à **2,22%, soit 2164 patients, pour un coût moyen unitaire (public et privé) des reprises de 8707 euros.**

Le taux de complications à 6 mois est de **1,26%** sur les 210 145 patients de 2013 et 2014³², dont : 0,58% de complications en SSR et 0,78% de complications en MCO avec ou sans intervention sur la hanche. Le coût moyen par complication est évalué à 11050 euros³³.

Rappelons que le taux de reprise dans les deux ans en Suède avant le paiement groupé était de 5% et le taux de complication de 6%. La France part donc de **résultats bien meilleurs que ceux de la Suède** (voir 1.3.3).

Modélisation économique du forfait

Le modèle part du principe que l'âge des patients est l'indicateur qui a le plus d'impact sur les taux de reprise et donc le seul à être considéré. « *Les indicateurs tels que l'indice de défavorisation, les comorbidités, la durée moyenne de séjours ou les diagnostics principaux n'influent pas significativement sur le risque de reprises et de complications* ».

Cette approche **est contestable par rapport à la réalité clinique et contredite par l'expérience suédoise.**

Extrait du bilan du paiement groupé à Stockholm³⁴ :

« The analysis also shows that the patients' sociodemographic and medical conditions prior to the surgery had a significant effect on the risk of complications. Patients with a disposable family income in the third quartile were at a 23 percent lower risk compared to those who were in the first quartile (lowest family income). Similar effects could be identified for other categories of complications »

Traduction

« L'analyse montre également que les conditions sociodémographiques et médicales des patients avant la chirurgie ont eu un effet significatif sur le risque de complications. Les patients dont le revenu familial disponible se situait dans le troisième quartile présentaient un risque inférieur de 23% par rapport à ceux qui se situaient dans le premier quartile (revenu familial le plus faible). Des effets similaires pourraient être identifiés pour d'autres catégories de complications »

Ce point a son importance puisque le forfait « *reprises et complications* » va être basé uniquement sur l'âge, alors que d'autres indicateurs ont une influence significative, ce qui **augmente sensiblement le risque de sélection des patients et affaiblit la pertinence du modèle de forfait proposé.**

³¹ Cohorte de près de 97 500 patients

³² Soit près de 1300 patients ayant une complication par an

³³ Le coût annuel total des reprises et complications est estimé d'après l'étude à 34 millions d'euros pour les 2 GHM de la PH.

³⁴ Source : Page 31- « *Effects of introducing bundled payment and patients' choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm county* »- Karolinska Institute- Février 2017

En effet, le paiement groupé est un forfait prospectif ajusté au risque. Pour qu'il soit pertinent, la précision de l'ajustement au risque est essentielle, comme l'ont montré les expériences suédoise et américaine. L'approche de la CNAMTS sur cet ajustement est trop grossière pour être pertinente. Cependant, la difficulté **d'un ajustement pertinent du forfait au risque est un réel obstacle à l'application de ce paiement groupé.**

La CNAMTS propose ainsi un forfait « reprise et complications » à ajouter aux GHS différents selon 9 classes (pas vraiment) homogènes de patients selon l'âge, la sévérité et la pathologie initiale.

Tableau 5 : Classification des patients bénéficiant d'une PH selon l'âge, la sévérité et la pathologie concernée

GHM	Sévérité	Âge	Montant forfait complication	Montant forfait « toute reprise »	Montant à ajouter au GHS
08C47	Toutes	>= 88 ans	203 €	198 €	402 €
	1	Entre 74 et 87 ans	209 €	280 €	489 €
	2, 3 et 4	Entre 74 et 87 ans	280 €	280 €	560 €
	1	< 74 ans	209 €	343 €	552 €

	2, 3 et 4	< 74 ans	280 €	343 €	623 €
08C48	1	>= 52 ans	59 €	159 €	218 €
	2, 3 et 4	>= 52 ans	123 €	159 €	282 €
	1	< 52 ans	59 €	204 €	263 €
	2, 3 et 4	< 52 ans	123 €	204 €	326 €

Source : Rapport charge set produits 2018- P 160- CNAMTS

Impact économique

L'évaluation de l'impact du forfait « reprises et complications » laisse perplexe tout observateur avisé :

- « 465 établissements les plus performants auraient un gain moyen de 19 128€ et les 338 établissements moins performants auraient une perte moyenne de 26 349€.

- La somme totale payée par l'assurance maladie pour les complications resterait strictement identique ;

- C'est la redistribution entre établissement induite par ce forfait qui crée l'incitation financière »

Nous sommes donc, au démarrage, **dans un jeu à somme nulle, avec des perdants et des gagnants**. Pour les gagnants, l'incitation induite par le gain financier, en regard des coûts de restructuration et d'installation générés par le paiement groupé, est faible. Pour les perdants, dont le manque de performance se traduit déjà par un état financier dégradé, la perte enfonce un peu plus des établissements probablement déjà sous tension.

La CNAMTS estime ensuite que l'application du paiement groupé sur la PH, si la baisse du taux de reprise en quelques années était de 26% comme en Suède, pourrait générer une économie sur le montant total « reprises et complications » de 9 millions d'euros ! Le seul problème est que ceci est conditionné à ce que l'incitation financière fonctionne ce qui est peu probable comme nous venons de le voir. D'autre part, les taux de reprises et complications en France sont bien inférieurs à ceux de la Suède, ce qui garantit un impact plus faible.

De plus, la CNAMTS suggère de partager les gains entre les établissements (30% soit 3 millions d'euros) et la collectivité (6 millions d'euros). Pour que l'incitation fonctionne, il faut qu'elle agisse sur l'équipe chirurgicale, qu'elle soit salariée ou qu'elle exerce en libéral. On refait la même erreur que pour la chirurgie ambulatoire avec un raisonnement d'incitation financière qui porte uniquement sur les établissements et non sur les acteurs médicaux du changement³⁵.

Les professionnels de santé de ville sont absents de toute redistribution, ce qui ne peut que générer des tensions entre l'hôpital et la ville. **C'est une erreur vis-à-vis du développement de la RAAC et de la chirurgie ambulatoire qui nécessite une implication plus forte des professionnels de ville**. L'hôpital a un moyen de coercition sur eux en devenant leur financeur pour l'épisode de soins. On peut douter que ce fonctionnement améliore la coordination des acteurs ville-hôpital !

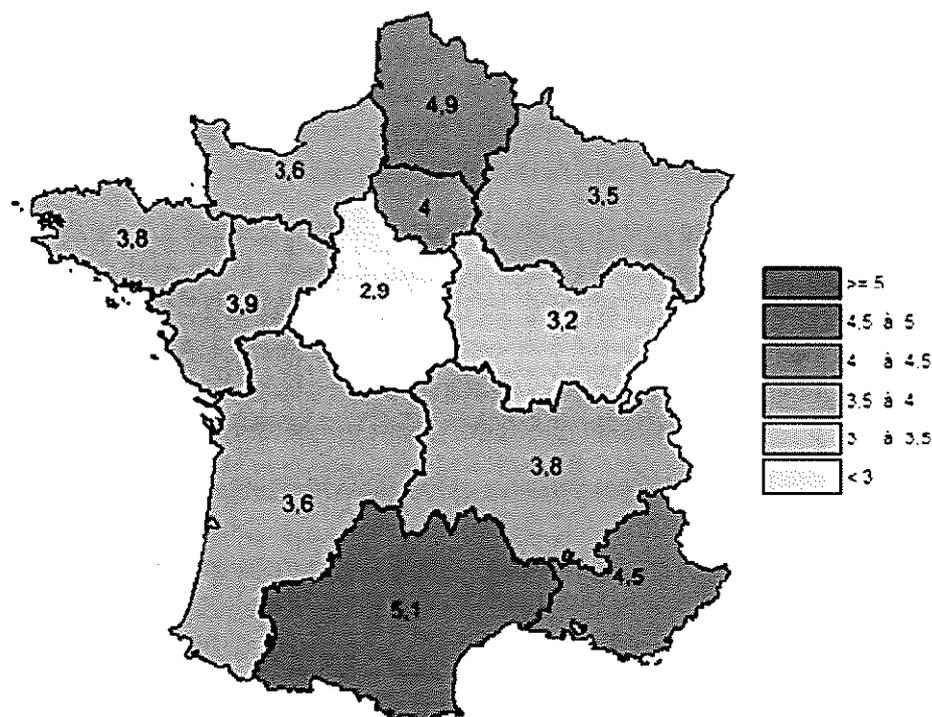
Les économies sont réalisées en partant **du principe que les forfaits « reprises et complications » seront réévalués à la baisse au fur et à mesure que les taux baisseront**. Ainsi, les établissements vont avoir chaque année **la double pression de la baisse des GHS et de la celle des forfaits « reprises et complications »**. On aggrave le manque de visibilité des établissements concernant leurs ressources financières disponibles à court terme, ce qui nuira à leur capacité d'investissement.

³⁵ Voir l'étude « Evaluation de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire » - Frédéric Bizard pour les URPS de huit régions – Décembre 2017.

<http://www.academie-chirurgie.fr/recomm/Impact%20économique%20chirurgie%20ambulatoire%20-%20Frédéric%20Bizard.pdf>

Enfin, la CNAMTS fournit une carte montrant l'hétérogénéité des taux de complications et reprises selon les territoires, imposant de « territorialiser les forfaits ». Cette hétérogénéité est présente entre les régions mais aussi entre les établissements. Au cours d'expérimentations qui seront probablement sur une base de volontariat, cette situation de départ sera la source d'effets d'aubaine. Les établissements ayant un taux de reprise et complications inférieur à celui du modèle proposé seront davantage incités à participer aux expérimentations, sans changer fondamentalement leur prise en charge.

Schéma 2 : Cartographie des taux de complications et reprises par région



Source : Rapport charge set produits 2018- P 160- CNAMTS

L'article 51 de la loi du 30/12/17 de financement de la sécurité sociale de 2018

C'est la base législative du lancement de la rémunération à l'épisode de soins. Entre autres, cet article précise que :

« Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :

- « a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;
- « b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;
- « c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;

« d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins »

3.2/ Un sujet devenu soudainement central dans la communication gouvernementale

Le décret d'application de l'article 51 pour la partie financement de l'épisode de soins a été publié fin février 2018.

Décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale

Le décret a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre des expérimentations pour l'innovation en matière de santé, qui portent sur le financement à l'épisode de soins mais aussi sur la prise en charge de médicaments onéreux et la pertinence des prescriptions.

Il fixe les **manières alternatives ou complémentaires aux modalités en vigueur** :

- Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité ;
- **Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins** ;
- Financement **modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins**, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs ;
- Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné.

Dans une seconde partie, il précise l'organisation et le financement d'activités de soins, de prévention et d'accompagnement, de technologies ou de services au sein des secteurs sanitaire, médico-social ou social, non pris en charge par les modalités existantes et susceptibles d'améliorer l'accès aux soins, leur qualité, leur sécurité ou l'efficacité du système de santé, selon une ou plusieurs des modalités suivantes :

Enfin, il détermine en particulier les règles d'organisation du dispositif en précisant les missions et la composition **du comité technique et du conseil stratégique**.

Il précise que les expérimentations pourraient se piloter au niveau régional ou national, à travers un appel à projets dans les régions.

Une communication gouvernementale intensive sur le sujet

Dans son discours **d'Eaubonne du 13 février 2018** sur la transformation du système de santé, le Premier Ministre a fait du paiement groupé un des chantiers prioritaires.

Extrait

« L'idée n'est pas nouvelle. Grâce à l'exemple de nos voisins européens, on dispose déjà de retours d'expérience. Cette évolution, qui se fonde sur la pertinence, la qualité des soins, l'accessibilité et l'état de santé, je vous propose désormais de la mettre en œuvre. »

De la mettre en oeuvre d'abord dans un cadre expérimental. L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 permet de faire émerger et de tester des modalités innovantes de financement. Avec la ministre nous attendons beaucoup de ces expérimentations, qui doivent démarrer dès cette année. »

Le 22/02/2018 dans le Quotidien du Médecin, le Premier Ministre donnait aux modes de rémunération innovants des vertus presque magiques pour solutionner les problèmes de notre système de santé :

« QDM : À Eaubonne, vous avez fait le constat de médecins épuisés. Comment redonner du sens à ce métier de soignant ?

PM : Ce constat est effectivement partagé et nous devons y remédier. Le sens qui doit prévaloir est celui de l'intérêt du patient. En luttant contre les actes inutiles grâce à la pertinence ou en facilitant la coordination entre professionnels *via* les outils numériques **et des modes de rémunération innovants**, nous redonnons du temps aux soignants et du sens à leur engagement. Ce doit être notre seule boussole. Cela prendra un peu de temps bien sûr, mais je sais que tous les professionnels sont prêts à avancer rapidement. »

Quant à la Ministre de la Santé, elle fixe à 2019 la généralisation des nouveaux modes de rémunération (tweet du 27/02/2018).



Agnès Buzyn (@agnesbuzyn)

27/02/2018 07:43
 [Hôpital] Dès 2019, les hôpitaux seront rémunérés en fonction de la pertinence des soins, des services rendus à la population, et plus uniquement en fonction de la quantité de soins prodigués. Réformer la tarification des hôpitaux est une urgence.

État du projet à la DGOS

Suite aux informations recueillies fin février et début mars auprès de responsables du projet du paiement groupé, il a été confirmé que les modalités des expérimentations n'étaient pas fixées. La mise en place du cahier des charges *« devrait prendre plusieurs mois »*. La posture prise par l'administration est celle **de la co-construction** : *« l'administration veut co-construire le projet avec les professionnels de santé »*. Derrière cette position, il semble bien que les difficultés et risques de la mise en place d'un tel financement apparaissent de plus en plus évidents au fur et à mesure de l'avancement de la réflexion pratique.

Le lancement devrait se faire sous forme d'un appel à manifestation d'intérêt (AMI) mi-2018.

A RETENIR

Le rapport HCAAM de février 2015 recommande de démarrer les expérimentations du paiement à l'épisode de soins dans les domaines où les avantages attendus sont particulièrement importants. Les épisodes où un fort potentiel de transfert d'activité de l'hôpital vers la ville sont possibles, tels que la cancérologie et l'IRC, sont les plus concernés.

Le rapport charges et produits 2017 de la CNAMTS suggère quant à lui la mise en place du paiement groupé pour la spécialité orthopédie, hanche et genou. Il mentionne que le financement au GHS est très incitatif pour le développement attendu de la RAAC. Il précise que « *la nécessité de mettre en place un autre mode de financement incitatif n'apparaît pas évident de prime abord* ». Malgré cela, il recommande l'instauration d'un forfait spécifique à la RAAC comprenant, outre le séjour, une partie des dépenses pre et post hospitalisation. Les établissements seraient obligés de contractualiser avec les autres professionnels de santé.

Le rapport Véran publié en avril 2017 suggère de conserver la T2A pour les séjours ponctuels et simples et d'utiliser le financement à l'épisode de soins pour les actes chirurgicaux lourds. Le rapport précise que les expériences internationales ont eu des résultats « *le plus souvent mitigés et globalement plutôt décevants* ». Il s'agirait d'un phénomène de mode, « *le paiement à la qualité jouit d'une grande vogue* », qu'on ne peut donc pas laisser passer.

Le rapport charges et produits 2018 de la CNAMTS propose une modélisation pour valoriser l'épisode de soins, en particulier le forfait reprises et complications. Les taux de reprises et complications actuels sur la prothèse de hanche sont très inférieurs à ceux de la Suède, qui a servi de modèle pour la CNAMTS. L'impact potentiel du paiement groupé y est donc bien moindre. L'ajustement au risque proposé, à partir de l'âge du patient, est trop approximatif pour disposer d'un véritable forfait prospectif ajusté, qui est l'essence même du paiement groupé.

La valorisation du forfait laisse apparaître un nombre d'établissements gagnants et perdants dans un système à somme nulle pour l'assurance maladie dans un premier temps. La prévision d'une baisse significative des taux de reprises et complications entraînera une baisse du montant du forfait, générant des économies pour l'assurance maladie. Aucune mention des coûts de mise en place et des investissements incontournables générés par ce nouveau paiement n'apparaît. Seul les établissements hospitaliers seraient impactés par les conséquences financières. Le modèle ne prévoit rien pour les professionnels de santé de ville, qui évolueraient sous la tutelle financière des établissements, ni d'ailleurs pour l'équipe chirurgicale des établissements. Il semble difficile de se convaincre qu'un tel modèle incite à plus de qualité et encore moins à une meilleure coordination ville-hôpital.

En 2018, un coup d'accélérateur a été mis par Matignon et le Ministère sur la mise en place du paiement à l'épisode de soins, qui fait partie d'un des cinq chantiers de transformation de notre système de santé annoncé le 13 février par le Premier Ministre. Le décret permettant de lancer les expérimentations a été publié le 21 février 2018. Du côté de l'administration, la définition des modalités pratiques de mise en place du paiement groupé est à l'état d'ébauche. Le lancement de l'expérimentation est prévu mi-2018 sous forme d'AMI.

IV. Analyse du paiement à l'épisode de soins dans le système de santé français

4.1/ Les pays ayant instauré à grande échelle le paiement à l'épisode de soins (bundled payment) ont connu une forte hausse de leurs dépenses de santé

Tableau 6: Évolution des dépenses de santé de 2007 à 2016

Part de PIB, USD PPA	Dépenses totales de santé en pourcentage de PIB			Dépenses totales de santé par habitant en USD PPA		
	2007	2016	Evolution en Point PIB	2007	2016	Evolution en %
France	11,0%	11,0%	0,0%	3601	4 600	28%
OCDE	8,9%	9,0%	0,1%	2984	4 003	34%
Etats-Unis	16,0%	17,2%	1,2%	7290	9 892	36%
Suède	9,1%	11,0%	1,9%	3323	5 488	65%

Sources: Statistiques de l'OCDE-Panorama de la santé 2017 & 2009

Il est courant de justifier de la nécessité de sortir du paiement à l'acte pour permettre une maîtrise des dépenses de santé par la qualité, en améliorant la pertinence des soins. Si on analyse l'évolution des dépenses de santé depuis l'instaurant du paiement au forfait en Suède et aux États-Unis, **on observe une accélération de la hausse des dépenses.**

Alors que la Suède avait un niveau de dépenses inférieure à la France en 2007, en part de PIB et en dépenses par habitant, son niveau de dépenses a augmenté de 65% en 10 ans pour atteindre 5488 euros par habitant, soit 19% de plus que la France. Les dépenses de santé en part de PIB ont rejoint le niveau de la France ces dix dernières années en Suède. Malgré un niveau déjà très élevé de dépenses aux USA, le rythme de croissance a continué d'augmenter plus rapidement qu'en France et qu'en moyenne dans l'OCDE.

Le bilan des expériences internationales a clairement montré qu'il était impossible de conclure à une amélioration de la qualité des soins liée spécifiquement à l'instauration du paiement au forfait. Il est encore moins possible de conclure à une meilleure maîtrise des dépenses liées à ce mode de financement. Même s'il n'est pas possible d'établir une corrélation entre cette accélération de la hausse des dépenses et le paiement au forfait, la question de la hausse des dépenses met le doigt sur les coûts administratifs de mise en place et de gestion du paiement à l'épisode de soin d'une part et sur l'impact réel de ce mode de paiement sur les dépenses d'autre part.

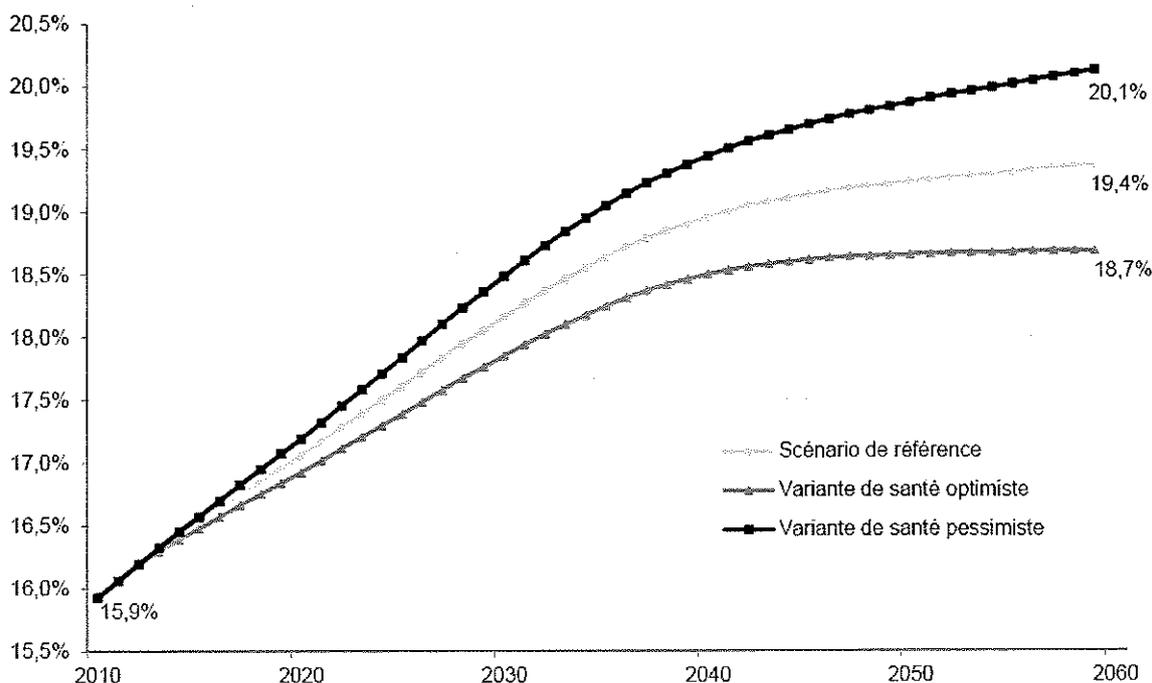
4.2/ Les enjeux financiers du système de santé français ne justifient pas une telle mesure

4.2.1/ Les vrais enjeux de parcours de soins concernent les pathologies chroniques

L'instauration du paiement à épisode de soins s'inscrit dans une volonté de mieux coordonner les acteurs du parcours des patients. Si la structuration des parcours de soins est en effet un enjeu majeur dans la réforme de notre système de santé, **l'enjeu est principalement sur les affections de longue durée.**

Rappelons que le nombre d'assurés bénéficiant du dispositif ALD a cru entre 1994 et 2016 de 3,3 millions à 10,09 millions de patients. La progression de la prévalence par groupe ALD est en moyenne de 3% par an. En 2025, 13,2 millions de personnes seraient en ALD soit 19,7% de la population³⁶.

Graphique 5 : Évolution de la part de la population en ALD selon le scénario d'évolution de l'état de santé



Source : Modèle Promède - Les cahiers de la DG Trésor- N° 2013-08 – décembre 2013

En moyenne, un individu en ALD consomme 6,5 fois plus qu'un individu non-ALD. Ce ratio s'élève à 8,2 pour les hommes et 5,4 pour les femmes³⁷. La surconsommation d'un individu en ALD est plus importante à l'hôpital (8,6 fois plus) qu'en médecine de ville (5,5 fois).

³⁶ Source : Les cahiers de la DG Trésor- N° 2013-08 – décembre 2013

³⁷ Source : Les cahiers de la DG Trésor- N° 2013-08 – décembre 2013

En 2011, la part des remboursements par l'Assurance maladie des malades en ALD (90 Mrds €) représentaient 66% du total des remboursements (135Mrds€). Cette part va continuer à augmenter dans le temps, du fait de la hausse de la prévalence et du coût des traitements.

Si une meilleure efficacité des épisodes de soins aigus est un objectif louable pour notre système de santé, **il est moins prioritaire que la recherche d'une plus grande efficacité dans les parcours des patients chroniques.**

C'est d'autant moins prioritaire que les taux de reprises en France sont faibles, exprimant une bonne qualité de la prise en charge des patients hospitalisés, et que la T2A ne se traduit pas par une hausse des taux de reprise.

4.2.2/ Les taux de reprise post-opératoires sont faibles en France

La France n'est pas les USA

Nous avons supra constaté pour la prothèse de hanche en France un niveau sensiblement plus faible des taux de reprises et complications post-opératoires qu'en Suède.

Des travaux récents menés à la Columbia University³⁸ ont comparé les taux de réadmission dans les 30 jours entre la France et les USA, notamment pour les personnes âgées de plus de 65 ans. **Les résultats révèlent que les taux français sont nettement plus faibles que ceux des USA.** Une comparaison nationale des taux de réadmission toutes causes confondues parmi les personnes de plus de 65 ans font été d'un taux de 14,7% en France contre 20% aux USA.³⁹

Les taux de réadmissions sont de 17,7% pour des conditions médicales et de 9,1% pour des conditions chirurgicales en France, contre respectivement 21,1% et 15,6% aux USA⁴⁰. Les auteurs de l'étude expliquent ces différences par :

- La plus grande difficulté d'accès aux soins primaires aux USA ;
- Le meilleur état de santé de la population française par rapport à la population américaine ;
- La plus longue durée moyenne de séjour en France. Pour les patients âgés de plus de 65 ans, la DMS est supérieur à 7 jours en France contre 5,5 jours aux USA ;
- Les soins de suite infirmiers aux USA ont une incitation financière à la ré hospitalisation du fait de la limite du remboursement à une durée de 20 jours par Medicare, ce qui n'est pas le cas en France.

Les risques de réadmission sont corrélés au niveau de revenus des patients en France mais de façon moins prononcée qu'aux USA⁴¹. En France, les taux sont significativement plus faibles dans le privé que dans le public.

³⁸ Gusmano, M., Rodwin, V. G., Weisz, D., Cottenet, J., & Quantin, C. (2016). A Comparative Analysis of Hospital Readmissions in France and the US. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 18 (2), 195-209.

³⁹ (Gusmano et al, 2014).

⁴⁰ (Jencks et al, 2009).

⁴¹ (lindenauer et al, 2013).

Les auteurs de ces études menées par des chercheurs américains s'étonnent de la propension des systèmes de santé européens, dont la France à suivre les évolutions du système américain, notamment sur le **bundled payment**, alors qu'ils n'ont pas fait leurs preuves :

« *Curiously, as is often the case, European health care systems are influenced by US policy interventions and studies – even in the absence of evidence from the US that these interventions are effective. So it seems with the problem of hospital readmissions in France. A recent literature review on avoidable rehospitalization of older persons, by the French High Authority on Health (HAS), cites no French studies on the topic and relies largely on international ones – mostly from the US – to recommend strategies for reducing unplanned rehospitalization.* »⁴².

Traduction

« Curieusement, comme c'est souvent le cas, les systèmes de santé européens sont influencés par des évolutions des politiques et par des études américaines - même en l'absence de preuves des États-Unis que ces évolutions sont efficaces. Ainsi, il semble être le cas avec le problème des réadmissions à l'hôpital en France. Une revue récente de la littérature sur les réhospitalisations évitables des personnes âgées, La Haute Autorité de Santé française (HAS) ne cite aucune étude française sur le sujet et s'appuie largement sur les études internationales - principalement des États-Unis - de recommander des stratégies pour réduire les réhospitalisation non planifiées. ».

Pas de hausse des réadmissions avec la T2A

Des travaux récents⁴³ ont étudié la réadmission à la fois sur la période qui précède la T2A par rapport à celle faisant suite à sa mise en place. Les résultats mettent en avant une augmentation du risque de réadmission observé au niveau global, mais qui s'explique par une modification de la structure de la population ainsi que par les modifications de prise en charge. **Cette hausse de la réadmission ne s'explique pas par la mise en place de la T2A.**

De nombreux pays de l'OCDE ont choisi des systèmes de paiement à la pathologie. Ainsi, les États-Unis sont les premiers à expérimenter, en 1983, puis à généraliser, en 1987, un schéma de paiement prospectif basé sur une tarification à la pathologie pour les patients assurés par le biais de Medicare. En 2004, la France a adopté la réforme dite de « tarification à l'activité » (T2A) afin d'inciter ces établissements à davantage d'efficience.

Le fondement théorique de la tarification à l'activité consiste à confronter les établissements de santé à un prix fixe, dans le cadre d'**une concurrence par comparaison**⁴⁴. Dans ce mécanisme de concurrence par comparaison, un prix fixe est déterminé pour chaque prestation au coût moyen observé sur l'ensemble des établissements. À travers ce prix fixe, chaque établissement peut se comparer à l'ensemble, ce qui contribue à stimuler la concurrence entre eux.

⁴² Gusmano, M., Rodwin, V. G., Weisz, D., Cottenet, J., & Quantin, C. (2016). *A Comparative Analysis of Hospital Readmissions in France and the US*. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 18 (2), 195-209- Page 3

⁴³ « Tarification à l'activité et réadmission » - Yilmaz et Vuagnat- Drees- *Economie et statistique* N°475-476, 2015

⁴⁴ (Shleifer, 1985).

Par ce biais, les établissements sont incités à réduire leurs coûts et donc améliorer l'efficacité, c'est-à-dire la réalisation de soins hospitaliers avec le même résultat pour une durée d'hospitalisation moindre et donc avec une mobilisation du personnel moins coûteuse pour chaque prise en charge.

Des études menées en France mettent en évidence des effets positifs de la T2A sur la performance économique des hôpitaux. En effet, on observe une augmentation de la productivité des hôpitaux publics sur la période 2003-2009⁴⁵. Des travaux descriptifs réalisés sur la période 2003-2011 montrent une augmentation de l'activité de court séjour réalisée par les établissements de santé, en nombre de séjours comme en montants remboursés aux établissements par l'Assurance maladie,

L'augmentation observée de la productivité des établissements de santé, que la réforme de la T2A encourage, se fait notamment via la diminution des durées de séjour sous réserve de prendre en charge un plus grand nombre de patients pour une même capacité d'accueil. Le raccourcissement des durées de séjours est un mouvement déjà ancien résultant pour part de modifications lentes et progressives des pratiques (développement de la prise en charge en ambulatoire et des thérapeutiques moins invasives, de l'hospitalisation à domicile, etc.), qui permettent un même traitement avec des temps d'hospitalisation moindre, mais aussi de l'amélioration de la coordination des acteurs.

Face à cette recherche d'efficacité économique qu'implique la T2A, une question souvent évoquée concerne **le lien entre l'effort de réduction du coût et l'effort d'amélioration de la qualité des soins**, deux objectifs pouvant apparaître comme contradictoires. Une littérature en économie de la santé **considère la diminution de durée moyenne de séjour comme un indicateur d'efficacité** : les faibles durées de séjour n'y sont pas associées à une mauvaise qualité des soins, mais au contraire à une meilleure organisation de la prise en charge, notamment pour ce qui concerne la sortie des patients.

La plupart des études de corrélation trouvent en général un effet nul ou négatif de la durée moyenne de séjour sur la qualité⁴⁶. Par ailleurs, d'autres modèles théoriques indiqueraient que la concurrence créée par la T2A s'opérerait par la qualité : on parle alors **de concurrence en qualité**. Dans ce cadre-là, la théorie économique prédit que le paiement prospectif est le plus efficace⁴⁷. Ainsi, les parts de marché se formeraient *via* un investissement sur la qualité⁴⁸. Dans ce sens, on observe une baisse de la durée de séjour qui ne signifie pas nécessairement une baisse de la qualité.

La question de la qualité des soins s'est aussi posée dans les autres pays qui ont mis en place un système de *prospective payment*. Pour tenter d'y répondre, la plupart des études empiriques, principalement américaines, utilisent l'indicateur de réadmission comme une façon d'approcher la qualité des soins afin d'analyser l'évolution de la qualité après la mise en place d'un *prospective payment system* (Guccio, 2013). Les premières études (Davis et Rhodes, 1988) comparent les patients assurés par Medicare avant et après la mise en oeuvre du *prospective payment*.

⁴⁵ (Studer, 2012 ; Yilmaz, Frikha, 2012)

⁴⁶ Notamment Thomas, Guire et Horvat (1997).

⁴⁷ Bardey et al., 2013

⁴⁸ Choné et al., 2013

Les auteurs ont montré que **le paiement à l'activité s'est accompagné d'une réduction de la durée du séjour**. Parallèlement, le taux de mortalité et le taux de réadmission n'ont pas augmenté. Kahn *et al.* (1990) ont montré que la durée du séjour a diminué de 24 % et que le taux de réadmission est resté inchangé. Inversement, Cutler (1995) montre que les taux de réadmission ont augmenté dans les établissements déficitaires (sous pression financière) sans que la morbidité ne soit véritablement modifiée.

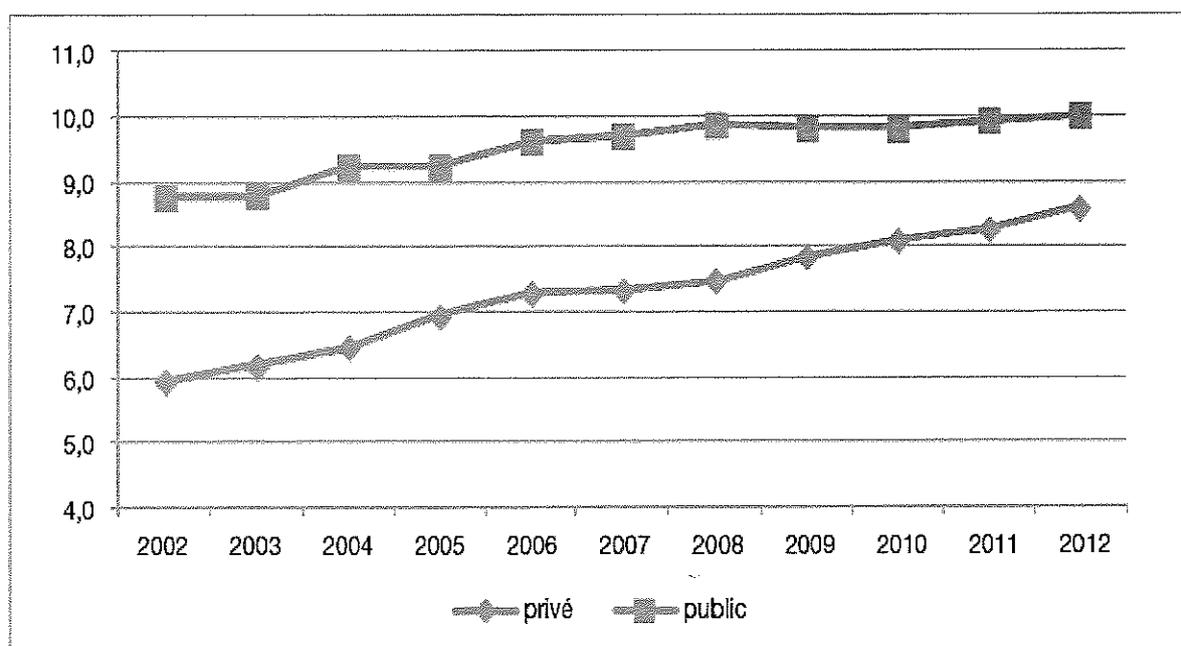
En France, quelques études se sont intéressées à cette question de la qualité des soins. Les résultats de l'enquête nationale sur les événements indésirables graves à l'hôpital (enquête *Eneis* réalisée par la Drees en 2004 et 2009) montrent une stabilité entre 2004 et 2009. Une partie des experts s'attendait à une hausse de la fréquence des événements indésirables sur cette période du fait de la modification de la structure d'âge des patients hospitalisés, de la complexité technique des actes et des prises en charge, et des modifications des conditions de travail liées notamment aux réorganisations⁴⁹, sans même évoquer le changement induit par la définition de l'aléa thérapeutique dans la législation en 2002.

Des travaux ont mis en évidence un lien entre le volume d'activité et la qualité mesurée à travers les réadmissions et la mortalité⁵⁰. Ainsi, la probabilité de réadmission et de mortalité est plus élevée dans les établissements à faible volume d'activité.

En données brutes, le taux de réadmission augmente dans le public et dans le privé

Entre 2002 et 2012, les taux de réadmission suite à un séjour chirurgical augmentent à la fois dans le secteur public (regroupant les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif) et dans le secteur privé. Le taux global de réadmission est plus élevé dans les établissements publics que dans les cliniques privées.

Graphique 6 : Évolution du taux de réadmission par type d'établissement (en %)



⁴⁹ Drees, 2011 ; Michel *et al.*, 2011

⁵⁰ Or et Renaud, 2009

Lecture : en 2012, le taux de réadmission dans les trente jours qui suivent un séjour chirurgical est de 10 % pour les établissements publics.

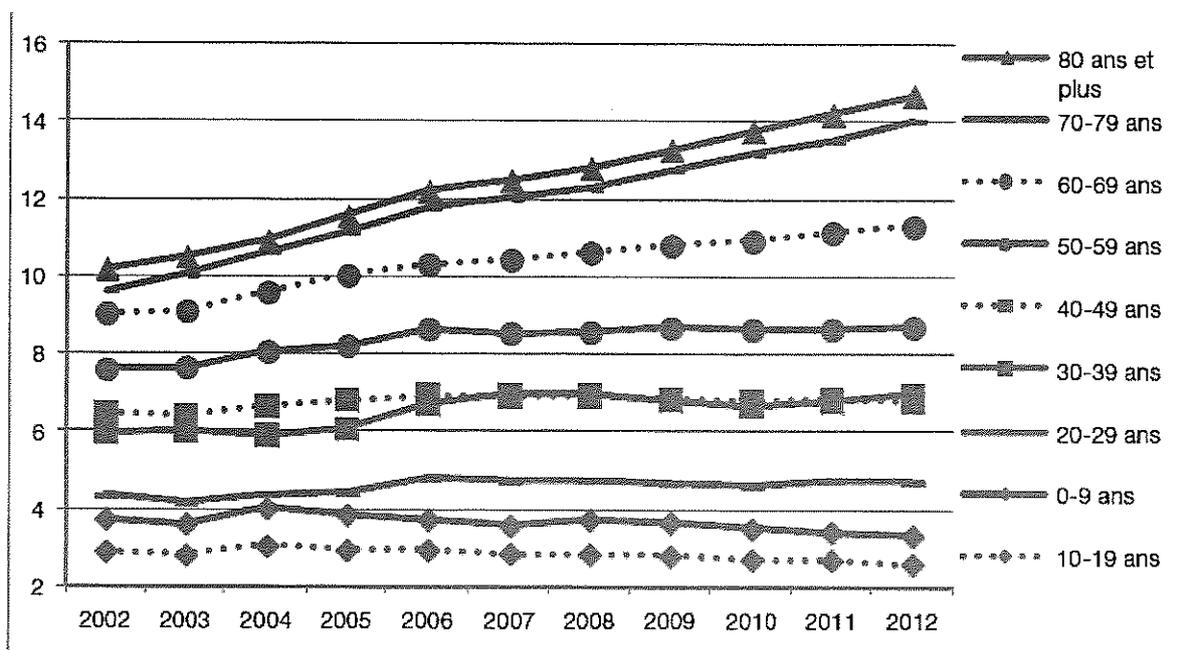
Champ : séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources : ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements Drees.

Trois phases se succèdent. On constate une hausse du taux de réadmission plus importante pour le secteur privé entre 2002 et 2005, puis une évolution similaire entre les deux secteurs entre 2005 et 2008, enfin, une augmentation de nouveau supérieure pour le secteur privé entre 2008 et 2012. Toutefois, ces évolutions brutes peuvent être la conséquence de nombreux phénomènes : évolution du « case-mix » d'activité, des pratiques, vieillissement de la population, etc.

Le taux de réadmission présente un gradient par rapport à l'âge. Il avoisine les 3 % pour les patients de moins de 20 ans, alors qu'il atteint près de 15 % pour les 70 ans ou plus. Cet effet serait lié à la complexité et la sévérité des pathologies des personnes âgées, qui ont moins de réserves physiologiques et cicatrisent moins vite. Toutefois, entre 2002 et 2012, on note pour cette tranche d'âge une accélération du taux de réadmission, qui passe de 10 % à 15 %, alors que ce taux est resté relativement stable pour les autres tranches d'âge.

Graphique 7 : Évolution du taux de réadmission en fonction de l'âge (en %)



Lecture : en 2012, le taux de réadmission dans les trente jours qui suivent un séjour chirurgical pour les patients âgés de 50 à 59 ans est de 8,7 %.

Champ : séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources : ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements Drees.

On observe aussi un lien entre la durée de séjour et le taux de réadmission. Toutefois, ce lien ne serait pas linéaire dans la mesure où le taux de réadmission est plus faible pour les séjours initiaux ayant des durées de séjour médianes (graphique VI). Ainsi, le taux de réadmission varie de 9 % pour les séjours ambulatoires (0 jour) à 16 % pour les séjours longs (de 10 jours et plus), alors que ce taux est plus faible pour les séjours de 3 jours (7 %). Les différences sur l'évolution du taux de réadmission selon la durée de séjour sont assez contrastées. Ainsi, ce taux augmente sensiblement pour les séjours longs et les séjours ambulatoires⁵¹.

La croissance des réadmissions observées entre 2002 et 2012 semble s'expliquer par un ensemble de facteurs (morbidité, vieillissement, part des séjours arrivés par les urgences...), au premier rang desquels l'évolution des modalités de prise en charge, plutôt que par la réforme de la tarification hospitalière. En effet, en chirurgie, depuis la mise en place de la T2A, l'activité la plus dynamique est dans le public, et c'est dans le privé que les réadmissions ont le plus augmenté.

L'hypothèse que **l'accroissement de l'activité se ferait au détriment de la qualité des soins, mesuré par les réadmissions, n'est donc pas vérifiée**. De même, l'hypothèse que la **tarification pourrait, en rémunérant les réadmissions, les inciter – indiquée par une évolution différente entre les secteurs publics et privé – n'est pas vérifiée**. Si c'était le cas, l'effet à la hausse des réadmissions devrait être plus fort dans le public, puisque les réadmissions étaient rémunérées dans le privé avant la mise en place de la T2A. Or, c'est le résultat inverse que l'on observe.

4.3/ Les conditions préalables à l'instauration d'un paiement à l'épisode de soins ne sont pas remplies en France ce qui fait du paiement à l'épisode de soins une grande illusion

Aucune donnée scientifique ne démontre l'efficacité ni l'efficacité du paiement à l'épisode de soins. Les expériences internationales ont apporté des résultats décevants pour les épisodes de soins aigus.

Cela n'empêche pas les Pouvoirs Publics français d'en faire une promotion intense, pariant probablement sur les dividendes politiques de la belle histoire autour de la pertinence des soins⁵² et de la complexité des débats sur la rémunération des soins pour tous ceux qui voudraient le contester.

Rappelons **quelques pre-requis indispensables** pour instaurer un paiement à l'épisode de soins.

Un système de base de données transversales par pathologie sur la qualité

⁵¹ « Tarification à l'activité et réadmission » - Yilmaz et Vuagnat- Drees- Economie et statistique N°475-476, 2015

⁵² Voir le tweet de la Ministre du 27/02/2018 (paragraphe 3.2) : « Les hôpitaux seront rémunérés en fonction de la pertinence des soins, des services rendus à la population, et plus uniquement en fonction de la quantité de soins prodigués ».

La Suède disposait d'un atout essentiel (voir 1.1) : **son leadership dans l'utilisation des bases de données médicales à des fins d'élaboration de codes de bonnes pratiques**. Une cinquantaine de « *fichiers nationaux de qualité* » ont été établis, notamment pour les opérations de prothèses de la hanche et du genou.

Si la France possède deux bases exhaustives de base de données, le SNIIRAM et le PMSI, sur les remboursements en ville et à l'hôpital, le système français est aujourd'hui incapable d'élaborer des fichiers nationaux de qualité par pathologie.

Disposer d'un système d'échange numérique des données médicales

Instaurer un système de paiement groupé entre les acteurs d'un même épisode de soins nécessite de façon impérieuse de disposer d'un système d'échange de données médicales entre les acteurs impliqués. Il est impératif de posséder un dossier médical partagé informatisé.

Les expériences étrangères ont démontré l'importance des systèmes d'information dans ces dispositifs de paiement à l'épisode de soins. C'est vrai aussi bien pour les **échanges d'information au quotidien entre les acteurs, que pour les circuits financiers (gestion et répartition du forfait), que pour le contrôle et le suivi des indicateurs d'activité et de qualité**.

Après 15 ans de tentatives vaines d'implanter un dossier médical partagé en France, ce fiasco révèle les failles générales de l'informatisation des données de santé en France. Même en considérant la promesse de la CNAMTS de la généralisation du dossier médical partagé fin 2018, il est difficile de penser que cette opération se fera en quelques semaines. Outre les aspects techniques dont on n'a pas de garanties qu'ils soient maîtrisés, il faut prendre en compte l'évolution des habitudes des professionnels de santé et la régulation en matière de protection des données de santé à caractère personnel qui doit rassurer les patients.

Le lancement du paiement à l'épisode de soins met aussi à risque la généralisation du DMP, qui pourrait être vu comme un outil de mise sous tutelle de certains acteurs du parcours de soins.

Définir des protocoles et des référentiels de qualité

Si la HAS a défini un grand nombre de protocoles sur les parcours de soins, il reste à adapter ces protocoles sur les épisodes de soins identifiés. Le brouillard dans lequel se trouve l'administration française actuellement dans la définition du parcours prouve que certaines variables comme **celle de la définition des complications évitables sont difficiles à appréhender**. C'est d'ailleurs une des lacunes essentielles du paiement à l'épisode de soins. Rappelons les caractéristiques de l'épisode de soins à définir :

- Définir le début et la fin de la période ;
- Décrire le parcours suivi par le patient : qui fait quoi à quel moment ? Quelle place pour le généraliste, les spécialistes, les professions paramédicales, l'établissement de santé... ?
- Qui est dans le forfait et qui est hors forfait, en termes de biens, services et prestations ;
- Préciser si les complications de la prise en charge sont incluses ou non dans le forfait :
 - o Lesquelles

- Quelle est la part de ces complications qui peut être considérée comme évitable
- Quelles sont les complications graves et rares pouvant faire l'objet d'une procédure de paiement exceptionnel en sus du forfait.

Il faut aussi une vision 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.

A cela s'ajoute un autre frein majeur qui est **le retard de la France dans la définition et la diffusion d'indicateurs de performance sur les résultats** et pas seulement sur les processus (voir 3.2).

Là aussi, la précipitation des pouvoirs publics sur le paiement à l'épisode de soins met en danger un aspect beaucoup plus important pour l'amélioration de l'efficacité de notre système de santé : la définition et la diffusion **d'indicateurs de performance, dont les mesures de résultats déclarés par les patients** : les PROMs (patients reported outcomes mesures) et les PREMs (patient reported experience mesures).

Calcul et gestion du forfait

Le paiement à l'épisode de soins revient à établir un forfait prospectif ajusté au risque sur un épisode regroupant plusieurs intervenants. Dans un système relativement intégré comme le système de santé suédois, nous avons constaté (partie 1) que cela entraînait un choc organisationnel important.

Dans un système non intégré comme la France, ce choc serait démultiplié et en réalité garantirait l'échec du système. C'est une des grandes faiblesses de l'approche parcellaire initiée par les pouvoirs publics français. Rechercher une plus grande coordination dans la prise en charge est louable (même si c'est avant tout stratégique dans le chronique) mais il faut agir sur l'ensemble des boutons de contrôle du système.

Pour le calcul du forfait, une des problématiques est l'ajustement au risque patients. L'étude médico-économique présentée par la CNAMTS (voir 3.2) démontre que le modèle n'est pas pertinent. On ajuste le risque sans considérer les caractéristiques des patients autres que l'âge, ce qui est trop partiel.

Concernant la gestion du forfait, la CNAMTS suggère de faire porter le risque uniquement sur les établissements hospitaliers, de revoir année après année la valeur du montant du forfait reprises/complications. Le système d'incitation ne concernerait pas les professionnels de ville, qui seraient financés par les établissements. Autant d'éléments qui vont précipiter la chute des établissements moins performants, augmenter les tensions au sein des établissements entre la direction et les soignants. Quant à la coordination ville-hôpital, ce n'est pas en mettant les acteurs de ville sous tutelles des établissements que la fluidité des échanges s'améliorera.

Une chimère selon un haut fonctionnaire de l'IGAS

Mêmes si ces préalables ne sont pas exhaustifs, ils suffisent à conclure que **l'instauration du paiement à l'épisode soins est un mirage**. Pierre-Louis Bras, haut fonctionnaire reconnu pour sa bonne connaissance du système de santé considère que « le financement du parcours patient est une chimère »⁵³. Pour lui, le parcours patient est « chimère, une bulle administrative comme les bulles financières ». Il fait le parallèle avec le terme « réseau patients », très employé au début des années 2000 mais qui a donné peu de résultat.

4.4/ le paiement à l'épisode de soins comprend des risques majeurs

Nous avons vu que les expériences étrangères ont globalement été des échecs et les pré-requis pour mettre en place ce type de paiement ne sont pas remplies en France. Si les pouvoirs publics persistent dans cette voie, ce qui fait peu de doutes étant donné la commande politique très appuyée médiatiquement, l'impact ne sera pas neutre.

Le paiement à l'épisode de soins comporte en effet des risques de nuisance avérés de plusieurs types :

- **Un risque élevé de sélection des patients** : l'expérience américaine a bien mis en évidence ce risque au point que de nombreux chercheurs et professionnels de santé demandent la fin de ces expérimentations. La sélection des patients est liée à l'hétérogénéité du coût des patients au sein du forfait. Pour maîtriser ce risque, il faudrait créer autant de forfait que de groupes homogènes de patients, ce qui constituerait une véritable usine à gaz. La simple gestion des « outliers » ne suffit pas à gérer ce risque.
- **Une baisse de la qualité de prise en charge** : inhérent à tout système forfaitaire, le paiement à l'épisode impose une mise en place d'un système de paiement à la performance basé sur des indicateurs de performance de résultats qui ne sont pas en place en France.
- **Des surcoûts induits importants** :
 - Les coûts de mise en place et de gestion du système (élaboration des protocoles, système d'information...) et les coûts de coordination doivent être sérieusement évalués et financés.
 - Les soins hors forfait peuvent augmenter rapidement.
 - Une utilisation dévoyée du codage des actes et des prestations est possible.
- **Une complexité croissante des circuits financiers** : dans notre système non intégré et sans système d'information suffisamment performant, le bon suivi des prestations des différents acteurs pour un patient donné, permettant de répartir le forfait sera un obstacle.

⁵³ APM News – Dépêche du 12/01/2018 – Le financement du parcours patient est une chimère »

4.5/ Quelles alternatives pour valoriser davantage la qualité ?

4.5.1/ Le paiement à l'épisode des soins : une diversion par rapport aux vrais enjeux

Nous sommes convaincus de l'orientation nécessaire pour notre système de santé de s'orienter vers un système qui prend davantage en compte **la valeur des soins. Cette valeur exprime les résultats sanitaires pour les patients ramené aux dépenses effectuées.** Cette orientation vers la valeur des soins s'inscrit dans un processus général de progrès technologique et de maîtrise des dépenses de santé par l'efficacité.

L'avènement de la médecine personnalisée, qui va s'étendre progressivement à de plus en plus de maladies permettra de soigner les patients avec davantage d'efficacité et d'utiliser les thérapies de façon beaucoup plus ciblée, ce qui limitera les coûts à terme. L'extension rapide des pathologies chroniques met sous pression les financeurs publics dans tous les pays développés et exige de réfléchir à mieux cibler la création de valeur dans nos dépenses de santé.

Ce constat général ne justifie pas de foncer tête baissée vers n'importe quelle mesure qui prendrait en compte la valeur des soins. L'importation de mesures appliquées dans des pays où les modèles sont radicalement différents du nôtre est rarement une bonne solution, surtout lorsque ces mesures ont eu des résultats mitigés ou décevants.

Malheureusement, il n'y a eu aucune réflexion de fonds en France sur la mise en place d'un système de santé centrée sur la prise en compte **de la création de valeur pour l'utilisateur.** Si cette réflexion avait eu lieu, elle aurait conclu que seule **une réforme systémique** peut conduire à un tel changement de paradigme⁵⁴. Outre le côté démagogique de considérer que la prise en compte de la qualité serait avant tout une question de type de rémunération des professionnels de santé, cette orientation vise surtout à éviter de mettre en place cette réforme systémique.

Ce n'est pas l'objet de ce rapport d'aborder la réforme systémique du système. On peut juste rappeler que la crise profonde de notre système de santé provient :

- **d'une stratégie centrée sur le curatif éculée**, qui ignore le maintien en bonne santé de la population. Le maintien en bonne santé de la population (en agissant sur tous les déterminants sociaux) est la source principale de gain d'efficacité de tout système de soins. Notre politique de santé est déficiente sur ce levier principal.
- **d'une gouvernance suradministrée des soins**, avec un État tentaculaire dans les régions qui asphyxie la démocratie sanitaire, régie par la norme au dépens de la créativité, de l'innovation et de la responsabilisation individuelle ;
- **d'un système de financement** à deux étages illisible, coûteux et de moins en moins solidaire pour les soins courants ;
- **d'un modèle organisationnel des soins** en ville comme à l'hôpital qui n'a pas été fondamentalement repensé ces 30 dernières années (voir les cabinets médicaux, les hôpitaux, les pharmacies...entre 1990 et aujourd'hui).

⁵⁴ Voir « Politique de santé, réussir le changement », Dunod, 2016, Frédéric Bizard et Chapitre 4 de « Protection sociale, pour un nouveau modèle », Dunod, 2017, Frédéric Bizard

- ...

Nous sommes en réalité dans un cercle vicieux puisque tout changement de cap de la politique de santé, dont l'état des lieux objectif oblige à reconnaître l'échec, signifierait pour l'administration (Ministère, ARS) de reconnaître qu'elle s'est trompée depuis 20 ans. Seule une prise de conscience politique de cette situation, qui ne viendra que sous la pression des acteurs de terrain, pourra mettre fin à ce cercle vicieux.

4.5.2/ Propositions pour mieux prendre en compte la valeur des soins

A défaut de réforme systémique du système, on peut évoquer à titre d'exemples les 5 pistes suivantes pour mieux prendre en compte la valeur des soins dans la configuration actuelle :

- **Développer des indicateurs de performance sur les résultats** : nous avons évoqué précédemment les lacunes de notre système dans l'établissement de tels indicateurs. Il faut refonder notre politique de mesure de la qualité, avec des indicateurs cliniques de résultats et des indicateurs de mesure par les patients (PROMs, PREMs).
- **Installer une gouvernance par la qualité** au sein de la communauté médicale. Outre l'éthique, la qualité des pratiques devrait aussi davantage intervenir dans la gouvernance médicale.
- **Diffuser ces indicateurs de qualité auprès du grand public** pour permettre un libre choix plus éclairé des patients pour leur professionnel de santé et leur établissement.
- **Réévaluer la valeur des tarifs des séjours de la T2A** tous les 3 ans et non tous les ans pour donner davantage de visibilité aux établissements pour investir et se restructurer ;
- **Installer un système de bonus individuel** aux équipes chirurgicales qui développent davantage des pratiques jugées efficaces comme la RAAC et la chirurgie ambulatoire, entre autres.

A RETENIR

L'analyse de l'évolution des dépenses de santé dans la période couvrant l'instauration du paiement à l'épisode de soins en Suède et aux USA montre une accélération plus forte qu'en France et que dans la moyenne de l'OCDE. Même si une corrélation entre les deux événements n'est pas établie, l'impact de ce mode de paiement sur l'efficacité est douteux.

Les enjeux principaux en matière d'efficacité devraient se concentrer sur la prise en charge des pathologies chroniques. Les épisodes aigus sont d'autant moins prioritaires que la France présente de bons résultats en matière de taux de reprise et complications post opératoires, critère de qualité classiquement utilisé, et que la T2A n'a pas eu d'effets démontrés sur ces taux. Les chercheurs américains s'étonnent que l'Europe et la France reprennent des initiatives américaines dont les effets positifs n'ont pas été démontrés chez eux d'une part, et alors que nos systèmes de santé sont très différents d'autre part.

Les prérequis indispensables à l'instauration d'un paiement à l'épisode de soins ne sont pas remplis en France. On peut citer le système de base de données par pathologie, l'existence d'un DMP, les protocoles et les référentiels de qualité, le calcul et la gestion de forfaits ajusté au risque patients... Cette précipitation dans la mise en place d'un nouveau mode de paiement pourrait mettre à risque des initiatives importantes pour s'orienter vers la recherche de la valeur des soins telles que le DMP et la définition d'indicateurs de performances. Non seulement les Pouvoirs publics tentent d'imposer un modèle qui n'a pas fait ses preuves mais en plus les conditions pratiques d'installation ne sont pas remplies. On n'est bien face à un mirage politique, qu'un haut fonctionnaire reconnu a qualifié de chimère.

Si l'instauration du paiement groupé présente une grande probabilité d'échecs, ses effets négatifs ne manqueront pas de s'exprimer. On peut citer la sélection des patients, générant une exclusion des soins des patients fragiles, une baisse de la qualité, des surcoûts induits élevés et une complexité de la gestion des circuits financiers générant des tensions entre les acteurs du parcours.

S'il existe un accord sur la nécessité d'orienter notre système de santé vers un système qui prend davantage en compte la valeur des soins, cela ne justifie pas n'importe quelle initiative incluant cette valeur. Face à une absence de débat sur ce qu'il faudrait faire, dans le contexte français, pour mieux considérer cette valeur des soins, les pouvoirs publics importent un modèle clé en main de pays dont les systèmes sont très différents et qui n'ont pas fait leur preuve.

La crise profonde de notre système de santé nécessite une réforme systémique. Outre le côté démagogique de considérer que la prise en compte de la qualité serait avant tout une question de mode de rémunération des professionnels de santé, cette orientation vise surtout à éviter de mettre en place cette réforme systémique.

A défaut de réforme systémique du système, on peut évoquer à titre d'exemples 5 pistes pour mieux prendre en compte la valeur des soins dans la configuration actuelle : développer des indicateurs de performance sur les résultats, installer une gouvernance médicale par la qualité, diffuser des indicateurs de qualité auprès du grand public, réévaluer les tarifs des séjours tous les 3 ans et instaurer un système de bonus individuel lorsque les pratiques sont efficaces.

SALAMATI

CONSEIL

Salamati Conseil est une société d'études économiques, de stratégie et de prospective spécialisée sur le secteur de la santé.
La société est dirigée par Frédéric Bizard.

Frédéric Bizard est économiste, spécialiste des questions de protection sociale et de santé.

Il est enseignant en économie à Sciences Po Paris et dans d'autres universités. Il est un expert reconnu du secteur de la santé en France et à l'international.

Il conseille des gouvernements étrangers sur leur politique de santé, notamment de pays émergents. Il est expert auprès du Sénat français depuis 2015 pour les questions de protection sociale et de santé.

Il est Président Fondateur de l'Institut Santé, organisme de recherche pour la refondation de notre système de santé.

Dernier livre : « Protection sociale : Pour un nouveau modèle », Dunod, 2017

Blog : www.fredericbizard.com