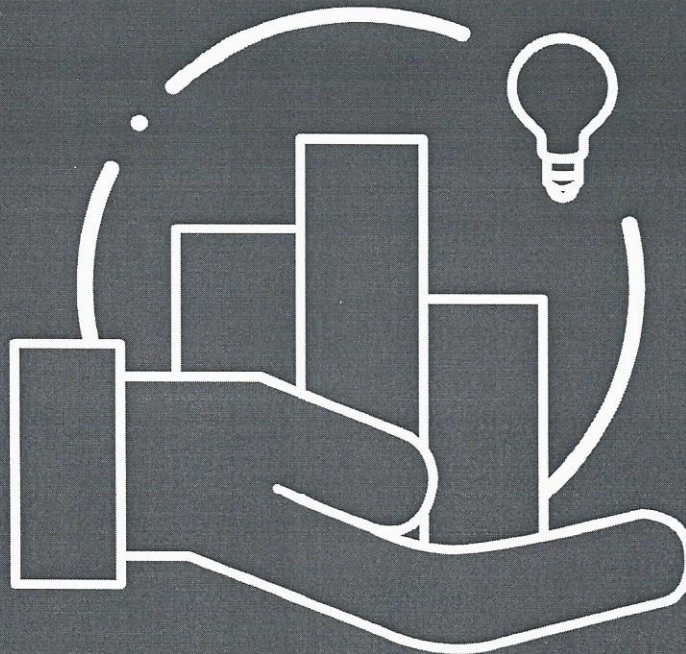




**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023

JUILLET 2022

Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2023 (loi du 13 août 2004)

4. Financements innovants et maladies chroniques, les premiers enseignements de l'article 51 de la LFSS 2018

Un nombre important de projets expérimentés dans le cadre de l'article 51 concerne des patients atteints de pathologies chroniques, près de la moitié des projets déposés ciblant ces populations. Les thématiques abordées par ces projets illustrent l'écart qu'il peut y avoir entre les bonnes pratiques médicales et les résultats attendus dans la prise en charge des maladies chroniques d'une part et les modalités d'organisation et de financement de cette prise en charge d'autre part.

La prise en charge des maladies chroniques nécessite en effet un haut degré de coordination, puisqu'elle mobilise un nombre parfois important d'acteurs différents sur des périodes longues et repose sur des interventions d'une complexité croissante, associant suivi médical et infirmier et interventions médicamenteuses et non médicamenteuses.

Les problématiques mises en avant par les porteurs de projet peuvent être regroupées en trois grandes catégories : 1) les parcours de soins peuvent être désorganisés et erratiques, sujets à des ruptures de la continuité des soins souvent délétères, les acteurs n'ayant pas ou peu d'incitation à coopérer en pratique, 2) le panier de soins remboursé par l'Assurance maladie peut être incomplet et certaines composantes de prise en charge, pourtant objet de recommandations établies n'en font pas partie, et 3) des fonctions plus organisationnelles, de coordination en général, pourtant essentielles au parcours, peuvent ne pas être explicitement visibles ou valorisées. Certains projets peuvent viser à répondre à plusieurs de ces points.

Les projets se construisent autour d'un ou plusieurs parcours, séquences ou épisodes de soins dont les contours sont plus ou moins bien définis. Ces parcours impliquent plusieurs organisations ou professionnels de santé, fréquemment dans le cadre d'organisations de soins coordonnées et pluriprofessionnelles, en ville, à l'hôpital ou dans le secteur médico-social.

4.1. Le financement à l'épisode de soins

Le financement par forfait de l'épisode ou du parcours de soins en question apparaît comme une solution adaptée pour répondre aux problématiques soulevées par les acteurs. Un forfait permet en effet d'englober certains éléments de l'épisode, absents du panier de soins remboursé, mais aussi de solidariser financièrement les acteurs de cet épisode, et le plus souvent, de valoriser des éléments de coordination, peu ou pas valorisés dans le droit commun. C'est de fait le mode le plus fréquemment expérimenté dans le cadre de l'article 51, bien que derrière ce terme générique de forfait à l'épisode de soins, on retrouve une grande diversité de modèles.

Les modèles varient en premier lieu sur le périmètre du forfait. L'extension du panier de soins, qui n'est pas systématique dans les projets article 51, concerne fréquemment des professions intervenant dans les parcours sans être des professions de santé (diététicien, psychologue, intervenant en activité physique...), des fonctions sociales (assistant.e.s sociales, médiation en santé, interprétariat) ou encore des outils numériques ou des actions d'éducation ou d'accompagnement numériques, toutes dans des cadres recommandés par la HAS ou soutenues par des éléments de preuve suffisants. C'est cette dimension qui est source de la plus grande variété, reflet de la diversité des situations cliniques visées par les expérimentations. Il ne s'agit pas tant de densifier les soins, mais plutôt de tester de nouveaux éléments d'accompagnement ou d'éducation qui visent également à donner plus d'autonomie aux patients dans la gestion de leur maladie.

En donnant une rémunération commune à un groupe de professionnels pour une série articulée et cohérente de soins, au lieu de les rémunérer séparément, le forfait pluriprofessionnel à l'épisode crée un mécanisme de solidarité financière entre les acteurs, censée matérialiser l'épisode de soins ainsi que le rôle et la responsabilité de chacun dans son bon déroulement. Le degré de solidarité est également variable selon l'expérimentation concernée et le mode de calcul et de répartition du forfait adopté.

Les projets peuvent reposer sur un ou plusieurs forfaits, soit alternatifs, pour correspondre à des parcours de complexité différente par exemple, soit séquentiels, lorsque la prise en charge est organisée en plusieurs temps distincts ou englobe une durée trop importante. Le forfait peut être rétrospectif (ou virtuel) ou prospectif. Dans le

premier cas, les modalités de financement de base des acteurs ne sont pas modifiées, mais un calcul est fait à l'issue de la prise en charge et les dépenses observées pour un patient sont comparées à un forfait de référence, l'écart entre les deux pouvant conduire au versement d'un « bonus » si la prise en charge observée est moins coûteuse que la prise en charge de référence ou d'un « malus » dans la situation inverse. Les professionnels ne connaissent alors le montant final total de leur rémunération qu'après l'application du mécanisme de comparaison. Dans le cas des forfaits prospectifs, le montant de la rémunération est connu d'avance et le forfait est versé en lieu et place de tout autre paiement. Cette modalité est évidemment plus engageante pour les expérimentateurs qui sont exposés à des niveaux de risque financier plus élevés, mais elle est aussi beaucoup plus incitative au décloisonnement et à la coordination.

Tableau 61 : Exemples de forfait à l'épisode de soins en cours d'expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018

Projet	Nb de forfait(s)	Forfait alternatif ou séquentiel	Type(s) d'intervenant(s) dans le ou les forfaits
COPA : coaching parental en Grand Est Accès à un accompagnement post-natal par des auxiliaires de puériculture, complémentaire et coordonné avec les dispositifs déjà existants	2	Alternatif : Forfait d'accompagnement standard Forfait d'accompagnement renforcé	Auxiliaires de puériculture, sage-femme libérale
Equip'Addict Prises en charge et accès à des soins de proximité pour les patients présentant une situation complexe avec une ou plusieurs conduites addictives	1	Forfait séquentiel basé sur une prise en charge moyenne	Médecin généraliste, psychologue, travailleur social, coordinatrice administrative
PASCIA'MANS en Pays de Loire Structuration d'un parcours de santé pour la population précaire, dont des migrants, par un accompagnement médico-social mobilisant les professionnels de santé de premier recours et des professionnels du secteur social	4	Forfaits alternatifs : forfaits pour les allophones forfait pour les précaires Forfaits séquentiels : Forfait pour l'année 1 Forfait pour les années 2 à 5 (correspondant à celui de l'année 1 mais sans le bilan)	Médecin généraliste, infirmier, psychologue, pharmacien, coordinateur de parcours de santé, médiateur en santé, interprète
Structure libérale légère Organisation souple, en lien avec le médecin traitant et les établissements de santé, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle, flexible et sur le long terme des patients nécessitant une réhabilitation cardiaque	2	Forfaits séquentiels : Forfait initial Forfait complémentaire (avec des séances collectives de kinésithérapie et de STAPS en plus pour certains patients ayant eu le forfait initial)	Infirmier, aide-soignant, secrétariat, kinésithérapeute, psychologue, intervenant en activité physique adaptée (sciences et techniques des activités physiques et sportives), diététicien
PACO en PACA Améliorer la prise en charge immédiate (pertinence de l'indication, du bilan préopératoire, de la préparation) et à long terme (suivi, diminution des pertes de vue, évaluation du service médical rendu) de patients candidats à la chirurgie bariatrique en favorisant la structuration pluriprofessionnelle en établissement en lien avec la ville	2	Forfaits séquentiels : Forfait préopératoire par patient et par an Forfait post-opératoire par patient et par an pour les 4 années de suivi	Psychologue, diététicien, kinésithérapeute/enseignant en activité physique adaptée, coordinateur de parcours (pouvant être : assistant administratif, infirmier, diététicien, enseignant en activité physique adaptée)
DNUT Mise en place d'un parcours de prise en charge à domicile du patient dénutri par une équipe pluriprofessionnelle incluant des prises en charge diététiques et physiques, coordonné et suivi par l'IDEL en appui du médecin généraliste du patient	2	Forfaits séquentiels : Forfait « Dénutrition » à la séquence de soins sur 4 mois Forfait renouvelable sur 2 mois, pour certains patients nécessitant une prolongation de la prise en charge	Médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute, diététicien, infirmier de parcours, et en fonction des besoins des patients : psychologue/ergothérapeute/enseignant APA

Source : CNAM, Rapporteuse générale article 51

Les cahiers des charges des expérimentations sont accessibles au lien suivant : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/experimentations-en-cours>

Objectifs de l'expérimentation :

Tester le caractère incitatif d'un paiement forfaitaire global pour la mise en place et le développement d'organisations innovantes entre les acteurs :

- Favoriser la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers,
- Intégrer l'évolution des pratiques professionnelles,
- Assurer la continuité du suivi des patients,
- Prendre en compte l'expérience des patients,
- Améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

Trois épisodes de soins concernés par l'expérimentation :

- Colectomie pour cancer programmée
- Prothèse totale de hanche programmée
- Prothèse totale de genou programmée

Les principes du modèle « EDS » :

Le modèle EDS repose sur une approche forfaitaire de l'épisode de soins avec un modèle économique forfaitaire bâti sur une double composante « performance économique » et « qualité ».

La composante « performance économique » compare pour chaque patient la dépense observée (issue des bases SNDS) et la dépense cible pour le parcours de soins prédit (prise en charge en SSR/HAD ou retour à domicile après la chirurgie). Cette dépense cible correspond à la dépense moyenne observée au niveau national pour un patient « comparable ». Le calcul de cette dépense cible fait donc intervenir un ajustement au risque, c'est à dire qu'elle prend en compte les caractéristiques du patient (comorbidités et facteurs de risque) à l'entrée du séjour chirurgical inaugural. En parallèle il est également calculé au niveau de l'établissement un montant théorique permettant de couvrir les risques de survenue de réhospitalisations.

Finalement il est possible de calculer au niveau de l'établissement et pour l'ensemble des patients, un écart entre la dépense cible (parcours prédit + éventuelles réhospitalisations) et la dépense observée. Cet écart constitue le « résultat économique » dont une partie pourra être redistribuée à l'établissement (lorsque les dépenses cibles sont supérieures aux dépenses observées).

La mise en œuvre de la combinaison optimale des soins strictement nécessaires et adaptés à la prise en charge de chaque patient sur l'ensemble de l'épisode doit permettre de maîtriser les dépenses en évitant les soins inutilement onéreux ou les soins redondants par une meilleure coordination des professionnels intervenant dans le parcours.

La composante qualité fonctionne quant à elle sur le même principe que le dispositif « Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) ».

Une enveloppe qualité est prédéterminée (équivalent à 2 % de l'enveloppe globale des épisodes de soins), puis redistribuée intégralement entre les établissements sur la base d'un score qualité. Ce score qualité est calculé à partir des résultats d'un set d'indicateurs issus soit de données recueillies par les établissements, comme le taux de dépistage et de prise en charge préopératoire de la dénutrition ; soit des bases SNDS (événement thrombo-emboliques (ETE) et infection du site opératoire (ISO) en Orthopédie par exemple). Les indicateurs retenus comprennent également des indicateurs rapportés par les patients qu'il s'agisse d'expérience patient ou de résultats des soins (PREMS PROMS).

Cette composante vise à garantir, non seulement que la recherche de la performance économique ne se fait pas au détriment de la qualité de la prise en charge, mais qu'au contraire, elle s'accompagne d'une amélioration de celle-ci

L'intéressement « EDS » d'un établissement est égal à la somme de l'intéressement économique et de l'intéressement qualité, et il fait l'objet d'une redistribution entre l'établissement porteur et ses partenaires dans les épisodes de soins, hospitaliers ou ambulatoires (structures SSR, HAD et professionnels de ville, etc.) lorsqu'il est positif et que le score qualité est supérieur à 50 %. Lorsque le résultat est négatif aucun montant ne sera récupéré auprès des expérimentateurs (durant les deux premières années de l'expérimentation).

Enfin, et en parallèle de ces deux compartiments, la coordination, qui constitue un axe majeur de l'organisation Ville-Hôpital, bénéficie d'un accompagnement financier (temporaire et dégressif) dans le cadre de l'expérimentation sous la forme d'un forfait par épisode de soins.

État d'avancement

Les modalités opérationnelles de calcul du modèle ont été stabilisées durant la phase d'apprentissage et l'expérimentation est entrée dans sa phase rétrospective au 1^{er} octobre 2021. L'ensemble des travaux et évolutions sont décrits dans le cahier des charges actualisé et publié en décembre 2021.

Un accompagnement des porteurs de projet est organisé pour faciliter le partage d'expérience entre les expérimentateurs sur des thématiques en lien avec l'expérimentation et le modèle d'organisation proposé. Ces sessions portent notamment sur :

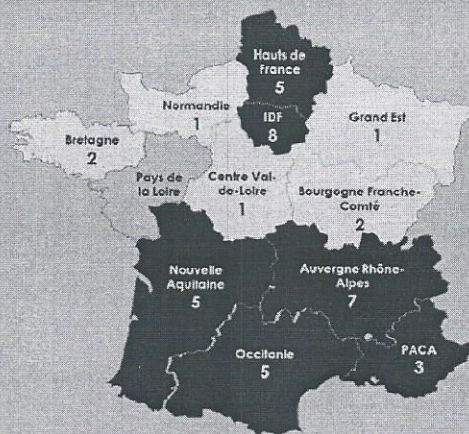
- La mobilisation des partenaires des établissements de santé et le conventionnement avec eux La coordination et l'anticipation du retour à domicile,
- Le protocoles ville-hôpital,

Le PRADO...

Les sessions de partage d'expérience permettent aux acteurs (IDEC, chirurgiens, IDEL, médecins DIM, ...) d'échanger et de partager leurs difficultés et leurs bonnes pratiques.

Des groupes de travail thématiques sur la qualité sont également planifiés pour permettre aux porteurs de comprendre et d'exploiter les résultats des indicateurs et des questionnaires administrés aux patients (i.e. PROMS).

La phase « rétrospective », doit durer 2 ans et prévoit un premier versement de l'intéressement au quatrième trimestre 2022. Quarante établissements expérimentateurs dans 11 régions s'y sont engagés.



Le montant du forfait peut être établi de différentes manières : dans sa forme la plus simple, un forfait correspond à une somme d'actes dont le nombre, le montant et les effecteurs sont préalablement définis, le forfait est ainsi aisément réparti entre les acteurs de la prise en charge, mais ne peut s'appliquer qu'à un parcours clairement défini, sans variabilité d'un patient à un autre, tous les patients étant censés suivre exactement le même parcours. Pour tenir compte de la variabilité possible mais limitée des prises en charge, on peut aussi déterminer un forfait comme le reflet d'une prise en charge « moyenne » ou « cible », certains patients nécessitant un peu plus, d'autres un peu moins, la différence s'équilibrant sur l'ensemble d'une patientèle. Dans ce cas, la répartition du forfait s'avère plus complexe puisqu'elle nécessite un suivi de l'activité de chaque intervenant, des règles de répartition bien définies et acceptées par l'ensemble des intervenants et la mise en place d'un mécanisme de versement des paiements efficace. La contrepartie de cette complexité est la possibilité de couvrir des situations cliniques plus diverses et de permettre des adaptations organisationnelles plus importantes.

D'une manière générale, moins la définition du contenu du forfait et de l'épisode de soins est précise, plus il est possible d'innover dans l'organisation, au prix d'un risque financier plus élevé pour les acteurs. Les forfaits comportant le risque financier le plus élevé sont plus volontiers portés par les acteurs ayant l'organisation la plus coordonnée, voire la plus intégrée, comme dans le cas d'organisations pluriprofessionnelles.

4.2. Le financement par capitation

Une autre manière d'approcher la prise en charge des maladies chroniques abordée par les expérimentations de l'article 51 est de mettre en place des financements dits par capitation, construits sur une base populationnelle. Dans ce cas, le financement est attribué à un groupe d'offres de soins pour le suivi et l'accompagnement d'une population déterminée de patients porteurs d'une ou plusieurs maladies chroniques. Ces modèles sont souvent décrits comme étant des modèles « de capitation » ou « à la pathologie ». Bien qu'il en existe de nombreuses variantes, ils partagent tous le fait de reposer sur une base forfaitaire, dont le calcul prend en compte la taille de la patientèle couverte et ses caractéristiques, notamment démographique et sanitaire ou socio-économiques. Ce mode de rémunération se distingue du paiement forfaitaire à l'épisode principalement par le fait qu'il ne s'applique plus à un traitement ou un suivi limité dans le temps avec une date de début et une date de fin), mais sur le long terme. On entre ici dans des logiques de forfaits annuels, renouvelables tant que le patient reste pris en charge par les mêmes professionnels.

Ces modèles sont plus rarement proposés dans le cadre de l'article 51, principalement parce qu'ils nécessitent une modélisation beaucoup plus complexe pour en déterminer les montants et qu'ils exposent les offres de soins à un

niveau de risque financier bien plus important, surtout lorsque le forfait recouvre plusieurs acteurs différents, par exemple plusieurs professions de santé libérales qui doivent alors le partager selon des règles toujours délicates à établir.

Les financements populationnels présentent cependant des avantages évidents, comme une plus grande latitude d'organisation laissée aux acteurs, une différenciation des prises en charge plus proche des besoins de chaque patient ou encore la possibilité de mettre en place plus aisément des actions de prévention.

Les populations visées par ces modes de financement peuvent être définies par une pathologie, comme le diabète, ou des caractéristiques socio-démographiques, associées à un risque pathologique différencié, comme les personnes âgées ou les populations précaires. Le niveau d'exigence induit par ces modes de financement les rend en pratique très difficiles à manier, pour au moins quatre raisons :

- Le ou les acteurs concernés par ces forfaits doivent pouvoir suivre une file active ou une population de référence d'une taille suffisante pour que les modèles statistiques de calcul des forfaits s'appliquent et que les montants des forfaits soient suffisamment conséquents pour permettre les adaptations organisationnelles attendues, ces effectifs peuvent être de plusieurs centaines ou quelques milliers de patients dans certains cas, limitant le champ d'acteurs susceptibles d'y être éligibles,
- Le périmètre de prise en charge couvert par ce mode de financement doit être clairement défini, et être en cohérence avec les missions des acteurs (par exemple, le suivi de la plupart de malades chroniques stabilisés étant fait en ambulatoire, un financement populationnel couvrant cette partie de la prise en charge doit s'adresser aux acteurs qui y contribuent),
- Les forfaits populationnels ne couvrant jamais la totalité de la prise en charge d'une maladie, les frontières avec les autres modes de prise en charge doivent être clairement établies pour éviter les effets de bord (par exemple dans le cas d'un financement pour des patients porteurs de maladies chroniques équilibrées, la conduite à tenir et son impact sur le financement de la survenue d'une complication ou d'une décompensation doit être précisée),
- Les approches mono-pathologie se heurtent aux problématiques de polypathologie, qui concernent un nombre important de patients, qui sont souvent ceux à qui une approche populationnelle bénéficierait le plus, mais ceux dont les situations cliniques peuvent être variées et imprévisibles et donc difficiles à modéliser.

Ces contraintes dessinent une forme de « ligne de faisabilité » de ces approches populationnelles, qui devraient idéalement viser soit des situations de polypathologies, soit des populations à fort risque, comme les personnes âgées, et exclure les financements centrés sur une seule pathologie ; des actions à destination des ambulatoires et s'adressant donc plutôt à des acteurs structurés préférentiellement en ville. Ces financements sont par ailleurs souvent accompagnés et modulés par d'autres modes de financement, comme des intéressements qui visent à en contrebalancer les effets non désirés. On voit que le potentiel de mise en œuvre à court terme de ce mode de financement reste encore limité et nécessite d'être exploré de manière plus approfondie, sous forme expérimentale dans un premier temps.

4.3. La mise en place de ces modes de financement impose des évolutions techniques et juridiques dans le droit commun

Qu'il s'agisse de financements à l'épisode de soins, ou de financements populationnels, la mise en place de ces nouveaux modes de financement forfaitaires ne peut se faire sans un certain nombre de prérequis. On peut classer ces évolutions en deux grandes familles, intimement liées, mais distinctes, qui peuvent constituer autant d'obstacles à la mise en place de ces modes de financement.

4.3.1 Les systèmes d'information

Un enjeu de suivi/coordination clinique

L'importance des SI de « parcours » est bien connue et fait l'objet de politiques nationales et régionales volontaristes. Pour qu'ils deviennent un réel support du développement d'épisodes de soins cohérents, il faut cependant qu'ils puissent s'adapter à des épisodes de soins qui peuvent être très variables, dans leur nature et leur durée et la diversité des professionnels qu'ils impliquent. Une coordination efficace des soins dans ces parcours implique dans l'idéal que chaque professionnel intervenant puisse consulter et renseigner de manière structurée les dossiers de l'ensemble des patients

concernés. Cela signifie donc qu'ils puissent s'interfacer de manière pertinente avec les SI métiers des professionnels et établissements participants, différents d'un épisode ou parcours à l'autre.

Les premiers retours d'expérience des expérimentations de l'article 51 sur les épisodes de soins montrent le caractère crucial, voire indispensable des systèmes d'information comme support des parcours. Un défaut d'anticipation ou une prise en compte incomplète des contraintes des intervenants d'un parcours est en effet de nature à obérer complètement la mise en place du parcours. A l'inverse, les expérimentations qui ont résolu ce sujet se mettent en place de manière rapide et efficace. Une politique volontariste clarifiant les attendus de ces outils dans un cadre national apparaît comme un prérequis indispensable.

L'importance de la coordination et des échanges d'informations entre la ville et l'hôpital est particulièrement évidente lors des sorties d'hospitalisation. Certaines dispositions du droit commun visent à faciliter cette phase, notamment l'article L111-2 du code de la santé publique, qui précise que « *l'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie* ». Cette mesure souligne l'importance non seulement du médecin traitant, mais aussi de l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge, qui doivent être informés le plus tôt possible en amont de la sortie du patient, de manière à mettre en place l'ensemble des conditions nécessaires à celle-ci, comme par exemple de s'assurer de la disponibilité en officine des traitements de sortie ou de planifier l'intervention des professionnels qui seraient amenés à dispenser des soins au domicile du patient, comme les IDE libéraux.

Il s'agit d'une phase d'autant plus cruciale que les durées de séjours hospitaliers ont tendance à diminuer. La mise en place de structures d'exercice coordonnées en ville joue un rôle important pour atteindre cet objectif et est à ce titre soutenu par l'Assurance Maladie. C'est une véritable organisation de la sortie partagée entre la ville et l'hôpital qui doit se mettre en place, reposant notamment sur la possibilité pour les établissements de santé de recueillir dans leur système d'information auprès des patients ou des aidants les coordonnées des professionnels de ville pertinents et de s'assurer de la bonne transmission, idéalement en amont de la sortie du patient, des informations pertinentes. L'application de ces dispositions constitue un prérequis important à la sécurisation de la sortie d'hospitalisation, mais ne semble pas être systématiquement mise en œuvre. Il serait utile de pouvoir instruire de manière plus approfondie cette question et le cas échéant proposer des mesures permettant de favoriser cette mise en œuvre.

Des enjeux de facturation

Le financement à l'épisode de soins introduit une contrainte supplémentaire avec la nécessité, au-delà du suivi et de la coordination clinique, de pouvoir mettre en place des éléments de facturation « au parcours ». Il s'agit d'une part de s'assurer que l'ensemble des éléments nécessaires à la réalisation du parcours et à sa facturation ont bien été réalisés auprès du patient et d'autre part de pouvoir effectuer une répartition des paiements entre les différents intervenants d'un parcours correspondant à leur contribution, selon des règles de répartition propres à chaque parcours.

Les chaînes de facturation et de liquidation de l'AM n'ont pas la capacité de rendre un tel service dans leur configuration actuelle, à plus forte raison lorsqu'un parcours concerne des acteurs hospitaliers et de ville. Elles doivent donc pouvoir évoluer pour permettre la mise en place de ces logiques de paiement à l'épisode de soins, ces évolutions concernant autant les systèmes d'information de l'Assurance Maladie que les logiciels métier des professionnels et établissements de santé. Dans le cadre des expérimentations de l'article 51, des solutions pour l'instant dérogatoires ont été mises en place. Elles dessinent les contours des évolutions des chaînes de facturation de droit commun, qui seront nécessaires à la généralisation de ces expérimentations.

La description du contenu des forfaits et le système d'information décisionnel

La mise en place de paiements forfaitaires, qu'ils soient à l'épisode de soins ou populationnels, modifie les circuits d'information de facturation et a donc un impact sur les usages secondaires, notamment décisionnels, qui en sont faits. Les données du SNDS étant en grande partie composées de ces informations, toute modification des circuits de facturation a donc un impact direct sur la nature et la qualité de ces données et par voie de conséquence sur les études, médicales, pharmaco-épidémiologiques ou encore économiques qui les utilisent.

Il importe donc que la mise en place d'un forfait s'accompagne de la remontée d'informations permettant au pire de ne pas perdre d'informations par rapport à l'existant, au mieux d'avoir des informations plus complètes (notamment lorsque le forfait étend de fait le panier de soins). Ces informations seront aussi utiles aux acteurs des parcours pour les évaluer et le cas échéant établir les clés de répartition des forfaits.

Quatre grands axes de réflexion peuvent être identifiés dans ce cadre : 1) Afin de ne pas générer de double saisie d'information, ces contraintes doivent être intégrées dans la conception des systèmes d'information de facturation et probablement dans l'ensemble des systèmes d'information mobilisés tels que décrits plus haut, 2) l'interconnexion et l'usage de référentiels communs entre les différents acteurs et segments du système de santé, qu'ils s'agisse des assurés ou des professionnels et établissements de santé doit être favorisé, 3) faciliter et alléger la charge de « codage » de l'activité en explorant les potentialités permises par les des nouvelles technologies ou l'intelligence artificielle, 4) ne pas limiter les usages décisionnels aux seuls payeur et régulateur, mais mettre en place les retours et usages par et pour les professionnels eux-mêmes (analyse d'activité...) afin de ne pas limiter cette remontée à une contrainte purement administrative.

4.3.2 Les enjeux juridiques

L'un des enjeux les plus importants dans la mise en place d'un paiement à l'épisode de soins est la répartition du forfait entre les différents intervenants, qui est avant tout un enjeu opérationnel. Comme on l'a vu plus haut, les contraintes de cette répartition varient selon le niveau d'intégration du forfait et la variabilité des parcours qui sont concernés. Dans tous les cas, la mise en place d'un forfait à l'épisode de soins nécessite une coordination des financements et donc l'identification d'un acteur qui endosse ce rôle de coordinateur, ce qui revient d'un point de vue juridique à définir qui est l'acteur qui va pouvoir facturer au nom de l'ensemble des intervenants du parcours.

Dans les cas où le parcours comprend un nombre limité d'intervenants, un niveau d'intégration limité et une faible variabilité, il est relativement simple d'éclater le forfait « à la source » entre les différents intervenants. Dans le cas des forfaits les plus intégrés ou avec une variabilité plus importante, le rôle de coordination devient beaucoup plus engageant, pouvant aller jusqu'à jouer un rôle de « concentrateur » de paiement. Dans ce dernier cas, le forfait est versé à un seul acteur qui doit ensuite le répartir entre les autres acteurs du parcours.

Sur le principe, ce rôle de concentrateur peut être joué par l'acteur qui est le plus impliqué dans le parcours, par exemple un établissement de santé dans le cas d'un épisode de soins chirurgical. En pratique, cela soulève d'importantes questions d'ordres juridique, fiscal et comptable. Cette fonction n'est pas identifiée en tant que telle dans le droit commun et les contraintes pour les acteurs qui l'occupent ainsi que les ressources nécessaires pour le faire ne sont pas documentées.

Les solutions testées dans le cadre de l'article 51 montrent la nécessité de clarifier ce rôle et d'identifier un nombre limité de types d'acteurs qui peuvent y prétendre. La question est d'autant plus pertinente dans le cadre de parcours impliquant de nombreux acteurs de ville ou dans le cas de financements ville-hôpital. Une solution qui pourrait à terme se dessiner serait de confier explicitement ces missions pour la ville à des structures d'exercice coordonnées comme les maisons de santé pluriprofessionnelles ou encore les équipes de soins spécialisées ou à des structures « satellites » qui le souhaiteraient et comme les groupements hospitaliers de territoire ou certains groupements de coopération sanitaire pour les établissements de santé. La question du rôle des CPTS sur ce sujet pourrait également se poser, dès lors que leur maturité sera suffisante et que les acteurs de santé souhaiteront leur confier un rôle sur ce sujet. Cette clarification permettrait d'instruire de manière plus précise ce sujet en pratique et les évolutions à porter au droit commun pour les rendre possibles. Si cette question paraît de prime abord technique, elle est fondamentale en pratique pour sécuriser les acteurs du système de santé et permettre la mise en place d'épisodes de soins pertinents.

4.4. La généralisation de forfaits à l'épisode de soins devra reposer sur un modèle de tarification commun incitatif et lisible

Il n'existe à ce jour aucune modalité de tarification de droit commun permettant de tarifier des épisodes de soins pluriprofessionnels, *a fortiori* lorsque les professionnels concernés sont indépendants les uns des autres d'un point de vue juridique et que les mécanismes de tarification actuels sont plutôt désincitatifs à cette forme d'exercice. Cela constitue à l'évidence une barrière au passage dans le droit commun des expérimentations de l'article 51 qui auront fait la preuve de leur intérêt sous cette forme et qui ne peuvent être généralisées comme autant de tarifs ou de forfaits indépendants les uns des autres. La création d'un système de tarification permettant de pallier ce manque s'impose ainsi comme un prérequis majeur et un défi d'importance.

Il s'agit de construire une forme de nomenclature commune des forfaits, adaptable au plus grand nombre possible de situations, lisible, incitative au travail coordonné, et dont la gouvernance est définie et fonctionnelle.

En dépit d'une grande diversité de situations et d'acteurs concernés, une analyse comparative des forfaits financés montre qu'on peut identifier des « briques » élémentaires qu'on retrouve dans la plupart des forfaits. Certaines de ces briques correspondent à des prestations ou des actes existant par ailleurs dans le panier de soins remboursé, d'autres, comme on l'a vu plus haut, concernent des prestations qui ne le sont pas ou des interventions, comme la coordination qui peuvent difficilement être traduites sous forme d'« actes », mais qui représente pourtant un travail bien réel et du temps passé au service des patients, le plus souvent en-dehors de leur présence. Chacune de ces briques élémentaires, peut être traduite sous forme de coûts¹²⁸, dépendant de la nature de l'intervenant concerné et de l'intensité de cette intervention. Ces différents éléments peuvent constituer les bases d'une nomenclature, un forfait étant constitué d'une combinaison de ces briques en des proportions, et donc un tarif, propres à chaque parcours.

La définition d'une telle nomenclature est un exercice complexe qui nécessite d'être anticipé bien avant la généralisation et qui devra évoluer au fil du temps et des retours d'expérience de ses premières applications.

Toutefois, la construction d'un forfait ne peut se résumer à l'identification d'un ensemble de prestations élémentaires de base qu'il suffirait d'agréger les unes aux autres. Il ne s'agit pas de remplacer le paiement à l'acte par le paiement à « une somme d'actes » qui devraient tous être réalisés de manière systématique et dans les mêmes conditions. On s'apercevrait très vite que, pour une pathologie ou une population donnée, le nombre et la nature des prestations devraient varier sensiblement en fonction de diverses caractéristiques telles que le degré de sévérité de la maladie, l'existence de comorbidités, la disponibilité sur un territoire de l'ensemble des professions requises etc. Prendre en compte la diversité de ces caractéristiques conduirait dans cette logique de construction à multiplier de manière exponentielle le nombre de forfait pour revenir in fine à une forme de paiement à l'acte.

L'intérêt du forfait est au contraire de laisser une liberté de choix aux professionnels qui organisent la prise en charge, de moduler à la fois l'intensité et la nature des prestations mobilisées. De fait, en passant du paiement à l'acte à un paiement au forfait, on demande aux professionnels de santé de supporter le risque financier de cette diversité, notamment parce qu'ils sont les plus à même de l'observer et d'identifier les besoins de leurs patients. En contrepartie, il est essentiel de leur laisser la capacité de gérer ces risques en adaptant le volume et la nature des soins dispensés dans le cadre du forfait. Tout l'enjeu de la construction du forfait est de parvenir à combiner cette souplesse d'utilisation tout en s'assurant qu'on ne crée ni une situation de rente, ni un risque de déficit permanent pour les professionnels, dans un cadre assurant de manière mesurable un niveau de qualité amélioré ou du moins équivalent.

¹²⁸ Définis soit sur une base tarifaire historiques si celle-ci est satisfaisante, soit sur des éléments de coût économique (salaire horaire moyen par exemple)