

Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation nationale « Paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales »

Décembre 2021

Le Comité technique de l'innovation en santé a rendu un avis favorable le 3 juillet 2019 sur les cahiers des charges relatifs à l'expérimentation dénommée « Paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales » (EDS) et sur la liste des établissements de santé souhaitant s'engager dans l'expérimentation qui a été autorisée par arrêtés du 17 juillet 2019.

À l'initiative de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), le comité technique de l'innovation en santé est saisi pour avis le 21 octobre 2021 sur la mise à jour des cahiers des charges, relatifs à l'expérimentation EDS et la liste des établissements de santé souhaitant s'engager en 2021 dans la phase rétrospective de l'expérimentation. Le comité technique a suivi l'ensemble des travaux de la phase d'apprentissage de cette expérimentation lors des séances du 14 novembre 2019, 12 décembre 2019, 16 janvier 2020, 19 novembre 2020, 17 décembre 2020 et du 21 octobre 2021. Il a rendu son avis sur la mise à jour des cahiers des charges de l'expérimentation le 6 décembre 2021.

L'expérimentation EDS s'adresse à tout établissement de santé (MCO), quel que soit son statut juridique, souhaitant s'engager, le cas échéant en partenariat avec des établissements SSR et HAD et des professionnels et structures de ville.

Le projet d'expérimentation EDS vise à apporter une première réponse aux difficultés liées aux financements « en silos » actuels, en dérogeant aux règles de facturation et de tarification à l'activité à travers :

- La définition d'un montant forfaitaire ajusté sur le risque pour les acteurs mobilisés dans la réalisation d'un épisode de soins défini ;
- La prise en compte de la coordination des acteurs mobilisés dans la réalisation de l'épisode de soins ;
- La prise en compte des résultats de performance et de qualité avec une modulation financière directe des acteurs aux gains d'efficacité et à la qualité des prises en charge. Elle participe à encourager une approche intégrée autour du patient.

Objet de l'expérimentation

L'expérimentation EDS vise à tester un nouveau modèle de paiement groupé pour un épisode de soins chirurgical donné. Il s'agit de proposer la mise en place d'un montant forfaitaire pour rémunérer un ensemble d'acteurs mobilisés au cours d'une prise en charge.

Cette expérimentation porte sur 3 prises en charge chirurgicales - *la prothèse totale de hanche, la prothèse totale de genou et la colectomie pour cancer* - à raison d'un cahier des charges par prise en charge. Ces prises en charge ont été choisies au regard de ce qui a été expérimenté à l'étranger mais aussi car elles présentent des volumes importants, concernent les établissements ex-DG et ex-OQN, et sont à forts enjeux de coordination et d'amélioration des soins.

Recevabilité du projet au titre de l'article 51

Finalité

Cette expérimentation est recevable en ce qu'elle vise l'émergence d'organisations innovantes pour améliorer :

- La fluidité de la prise en charge et la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers dans le cadre d'une organisation intégrée et s'appuyant sur les bonnes pratiques de prise en charge ;

- La qualité, la pertinence, la sécurité des soins ;
- L'état de santé et la satisfaction des patients ;
- L'efficacité des soins en favorisant une utilisation optimale des moyens.

Dérogation

Le projet soumis est recevable en ce qu'il déroge aux règles de facturation et de tarification à l'activité pour les offreurs de soins, mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-10, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-7, L. 162-23-8, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale et aux III, V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, afin de tester une rémunération groupée des établissements de santé (MCO/SSR/HAD), des professionnels de santé et structures de soins de ville, concourant, par leur prestations de soins, à la prise en charge d'un patient pour un épisode de soins chirurgical donné.

Le projet déroge également aux règles relatives au partage d'honoraires et de bénéfices provenant de l'activité professionnelle entre professionnels de santé visées à l'article L. 4113-5 du code de la santé publique.

Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est national.

25 établissements - pour 29 sites géographiques - ont participé aux travaux de co-construction des cahiers des charges, menés de septembre 2018 à juin 2019.

27 de ces sites se sont engagés à mener l'expérimentation (dont 7 sur l'ensemble des prises en charges) dès la publication des présents cahiers des charges.

À compter de 2020, de nouveaux candidats ont pu rejoindre l'expérimentation à l'issue de l'appel à projets annexé aux cahiers des charges.

Durée de l'expérimentation : 5 ans.

Modalités de financement du projet

Le paiement adressera à la fois les acteurs de l'établissement de santé MCO au sein duquel a lieu la prise en charge chirurgicale initiale, les éventuels autres établissements de santé (MCO, SSR, HAD) impliqués, ainsi que les professionnels réalisant certains soins de ville, selon le périmètre défini. Dans un premier temps, le forfait comprendra certaines dépenses en pré- et post-opératoire. Il couvrira en outre les ressources nécessaires à la coordination, intégrera le risque de ré-hospitalisation et prendra en compte la qualité, entre autres, *via* un compartiment dédié.

Ainsi, le forfait inclura-t-il :

- La période préopératoire (consultations de chirurgien, d'anesthésiste, etc.) qui dure 45 jours avant l'intervention ;
- L'intervention chirurgicale ;
- La période post-opératoire de 180 jours pour la prothèse de genou et de 90 jours pour les deux autres prises en charge, qui comprendra les hospitalisations en lien, la rééducation, les actes infirmiers, les actes de kinésithérapie, etc.

Les travaux de modélisation et les calculs ont été réalisés à partir des prises en charge observées sur une cohorte nationale mi 2016 – mi 2018 constituée à partir des bases de l'Assurance Maladie.

La mise en œuvre de l'expérimentation se déroule en 2 grandes phases :

- **La phase d'apprentissage qui s'est achevée en octobre 2021, a été une phase de simulation, sans impact financier.** Son objectif était de permettre à l'ensemble des

parties prenantes de l'expérimentation de s'approprier les principes et modalités de mise en œuvre de l'expérimentation et de lancer la mise en œuvre des projets organisationnels ;

- **La phase de financement rétrospectif de 3 années** : Durant cette phase, **le modèle de financement est mis en œuvre, mais les règles de facturation ne sont pas modifiées durant la réalisation des évènements inclus dans l'épisode de soins, et les acteurs de l'épisode continueront d'être rémunérés à l'acte ou à l'activité.** Le calcul des résultats financiers se fera *a posteriori*, annuellement par la comparaison des dépenses observées par rapport aux dépenses théoriques cibles (*i.e.* le forfait). Le modèle est ajusté au risque et prend également en compte la qualité des soins.

Le FISS

Le financement de l'expérimentation sera assuré par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) et couvrira les crédits d'ingénierie et d'amorçage, le financement de la coordination, ainsi que les intéressements correspondant aux gains d'efficacité économique et de qualité, versés aux expérimentateurs.

Ces besoins de financement ont été estimés annuellement à hauteur de 5,5 M d'euros pour 2021, 7,6 M d'euros en 2022, 7,0 M d'euros en 2023, 6,9 M d'euros en 2024.

L'estimation du besoin de financement est réalisée sur la base des résultats des simulations actualisées des établissements par l'ATIH, en appliquant les règles de gestion décrites dans les cahiers des charges, et avec une hypothèse de redistribution de 25% de l'enveloppe qualité au titre de la régularisation dans le cadre de l'intéressement qualité.

Au total, le FISS devrait être mobilisé à hauteur d'un montant estimé à 29,4M d'euros sur la durée de l'expérimentation.

L'intéressement EDS

Le principe de répartition de l'intéressement EDS entre l'établissement porteur et ses partenaires (structures SSR, HAD et professionnels de ville...) constitue un prérequis dans le cadre de l'expérimentation. L'intéressement EDS est égal à la somme de l'intéressement économique et de l'intéressement qualité.

Ainsi, pour chaque établissement porteur, le pourcentage minimal de redistribution aux partenaires est égal à la moitié du pourcentage des dépenses de base hors séjour index observé sur la dernière simulation/consolidation disponible. Ce taux ne pourra cependant pas dépasser 20%. Cet intéressement peut être versé directement par le porteur aux partenaires ou financer des actions en soutien aux partenaires. Il fait l'objet d'un suivi avec justificatif via la plateforme.

Les deux premières années de financement rétrospectif s'attacheront uniquement à réallouer aux expérimentateurs les résultats financiers positifs (BONUS). Les résultats négatifs seront neutralisés et aucun montant ne sera récupéré auprès des expérimentateurs durant cette période.

Les cahiers des charges actualisés prévoient également d'ajouter au capage actuel des gains (10% de la dépense observée) une limitation en valeur absolue à 500k euros, permettant de limiter le risque en termes d'équilibre économique de l'expérimentation.

Il convient toutefois de noter que le modèle devrait générer des économies via la réduction des complications et des transferts non pertinents en SSR. Il a vocation à solvabiliser les dépenses prélevées sur le FISS.

Modalités d'évaluation

Cette expérimentation a pour objectif d'évaluer, en condition de vie réelle :

- La faisabilité technique et opérationnelle d'un modèle de paiement forfaitaire ;
- Le caractère incitatif de ce type de financement, sur la qualité du service rendu au patient, les résultats de soins, l'efficacité des prises en charge et le développement de coopérations et d'organisations innovantes entre les acteurs ;
- L'intérêt d'une généralisation de ce mode de paiement à une échelle géographique plus large, voire à d'autres processus de soins, et les modalités et conditions associées.

L'évaluation de l'expérimentation du paiement à l'épisode de soins sera réalisée durant toute la durée de l'expérimentation par un évaluateur indépendant, sélectionné à l'issue d'un appel d'offres.

Il s'agira notamment :

- D'analyser l'impact sur la qualité, les résultats, l'efficacité et l'organisation des soins ;
- De faire émerger des organisations innovantes généralisables favorisant la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers ;
- De s'assurer de la faisabilité technique et opérationnelle d'un paiement forfaitaire et d'évaluer le caractère incitatif de ce type de paiement.

L'évaluation se structurera autour d'une démarche quantitative et qualitative afin, in fine, d'évaluer l'opportunité d'une éventuelle généralisation de ce mode de financement dans les conditions qui auront été définies.

Avis sur le projet d'expérimentation

- Faisabilité opérationnelle : les précédents cahiers des charges de l'expérimentation ont été co-construits avec 25 établissements de santé MCO - pour 29 sites géographiques - engagés de septembre 2018 à juin 2019. La mise à jour des cahiers des charges se base sur les résultats et les adaptations issus de la phase d'apprentissage de l'expérimentation, qui s'est terminée en octobre 2021. A la fin de cette première phase, 40 établissements étaient toujours engagés dans l'expérimentation. L'implication des expérimentateurs, la prise en compte de leurs attentes, propositions et expertises de même que le phasage de l'expérimentation sont de nature à en assurer le caractère opérationnel.
- Caractère efficient : le projet met en avant la prise en charge anticipée, continue et coordonnée du patient dans un épisode de soins, l'expérimentation contribuera à l'amélioration de l'expérience patient et de la pertinence des soins, ainsi qu'à la diminution des complications, des hospitalisations potentiellement évitables et de la variabilité des pratiques. Enfin, le partage des risques entre les acteurs et l'assurance maladie, tant sur les pertes que sur les gains, est de nature à assurer l'efficacité économique de l'expérimentation.
- Caractère innovant : le paiement forfaitaire à l'épisode de soins implique une modification significative du financement du système de santé actuel et des organisations de gestion et de facturation associées pour les acteurs de l'offre de soins, mais également pour l'Assurance Maladie. Ce nouveau mode de financement des soins lèvera le cloisonnement des acteurs, notamment ville/hôpital mais aussi entre type d'établissements (MCO/SSR/HAD). Ils seront ainsi incités à concevoir la prise en charge du patient pour un épisode de soins de façon globale, dans une logique de parcours. Par ailleurs, le caractère innovant du projet d'expérimentation est également assuré par la mise à disposition par l'Assurance maladie de données agrégées relatives à leur patientèle auprès des acteurs (caractéristiques, consommations de soins et parcours de soins des patients) afin de permettre le pilotage du projet. Enfin, la prise en compte des résultats à un questionnaire portant sur l'expérience du patient au cours de son parcours de santé constitue également une innovation.

- Reproductibilité: comme l'ont fait ressortir les expériences étrangères de ce mode de paiement, sa mise en place doit être progressive, ce qui explique le phasage proposé (apprentissage, rétrospectif, prospectif). Pour autant, la démarche de co-construction des cahiers des charges a bénéficié de la contribution d'acteurs de tout type d'établissements. Elle a ainsi abouti à un modèle compatible avec la diversité des territoires et des organisations, permettant ainsi d'assurer la reproductibilité de l'expérimentation.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation, par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la Santé de l'expérimentation dans les conditions précisées par les cahiers des charges.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale