

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 »

Séance du 3 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 3 juillet 2019 sur les projets de cahiers des charges relatifs à l'expérimentation dénommée « Paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales » (EDS), sur la liste des établissements de santé souhaitant s'engager dans l'expérimentation en 2019 et sur l'ouverture d'un appel à projets afin de recruter de nouveaux expérimentateurs à compter de 2020. Le comité technique a suivi l'ensemble des travaux de co-construction de cette expérimentation lors des séances du 18 octobre 2018, 5 décembre 2018, 17 janvier 2019, 28 février 2019, 14 mars 2019 et 9 mai 2019. Il a rendu son avis sur le projet d'expérimentation et ses cahiers des charges par voie dématérialisée le 12 juillet 2019.

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 pourront 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 réhospitalisation 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.

Le calcul des forfaits a été réalisé à masse constante d'un point de vue macroéconomique et est fondé sur les dépenses observées de la cohorte historique 2014-2016 de chacun des EDS.

La mise en œuvre de l'expérimentation se déroulera en 3 grandes phases :

- **Une phase d'apprentissage de 12 à 18 mois** : cette première phase est une phase de simulation des résultats, **sans impact financier et sans modification des règles de facturation actuelles**. L'objectif est 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 ;

- **Une phase de financement rétrospectif de 3 années minimum** : Durant cette phase, **le modèle de financement est mis en œuvre, mais les règles de facturation ne sont pas modifiées durant la réalisation des événements 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 observés 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 ;
- **Une phase de financement prospectif** : L'expérimentation a pour objectif de tester la faisabilité d'un mode de financement prospectif, sous réserve des premiers résultats qui pourront être observés. Dans cette phase prospective, **le forfait EDS est versé pour l'ensemble de la prise en charge au moment de l'entrée du patient dans l'épisode de soins.** Il s'agit d'un forfait « pour solde de tout compte », versé à un destinataire unique en charge de répartir ensuite le montant entre les différents acteurs mobilisés dans la prise en charge.

Le modèle sera donc testé dans un premier temps en mode « rétrospectif ». Si l'objectif à terme (en fonction des résultats intermédiaires de l'évaluation) est d'envisager la faisabilité d'un paiement « prospectif » à l'épisode de soins, les présents cahiers des charges portent uniquement sur l'expérimentation en mode rétrospectif.

Le financement de l'expérimentation sera assuré par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) et correspondra aux crédits d'amorçages ainsi qu'aux intéressements correspondant aux gains d'efficacité économique et de qualité, versés aux expérimentateurs.

Sur la base des établissements ayant confirmé leur engagement, et sous l'hypothèse d'une vingtaine d'établissements recrutés dans le cadre de l'appel à projet, ces besoins de financement ont été estimés annuellement à hauteur de 1,7 M d'euros en 2019, 1,7 M d'euros en 2020, 7,7 M d'euros en 2021, de 10,5 M d'euros en 2022, de 11,3 M d'euros pour 2023 et de 3,6 M d'euros pour le 1^{er} trimestre 2024.

Au total, le FISS devrait être mobilisé à hauteur de 36,6 M d'euros.

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 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. Leur implication dès la phase de conception, 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