

La réforme du financement de l'offre de soins en France

Lise Rochaix

**Séminaire du Centre d'Économie de la Sorbonne
27/11/2018**

Plan de l'intervention

1 – Contexte

2 – Retour d'expérience

3 – Vers un scénario de rupture ?

1 - Contexte

Les soins de santé : un marché pas comme les autres ?

- Présence de nombreuses **défaillances de ce marché** (externalités, biens publics mixtes, asymétries d'information, incertitude, ...)
- Aucune n'est **particulière** au marché des soins de santé ...
- C'est la **conjugaison de ces traits** qui confère aux soins de santé leur spécificité et justifie une intervention de l'Etat

Dans tous les pays développés :

- **Financement** : l'Etat intervient fortement pour le financement des soins (USA : au moins 50%)
- **Régulation du marché** : tarification de l'offre de soins, décisions de prix et de remboursement des innovations

=> **Quelle tarification 'optimale' de l'offre de soins ?**

La tarification de l'offre de soins : la réforme 'perpétuelle' ?

Au cœur de l'actualité ... expérimentations de nouvelles formes de tarification en ville et à l'hôpital, en grande partie inspirées de l'étranger

Les moteurs des réformes :

- Contexte budgétaire contraint
- Transition épidémiologique (vieillesse et maladies chroniques)
- Lacunes des systèmes actuels centrés prioritairement sur l'activité (volumes, en ville comme à l'hôpital)
- Double cloisonnement des productions et des financements (ville/hôpital ; sanitaire/médico-social)

=> La nécessaire articulation des modes de financement ville / hôpital

Réforme de la tarification : les jalons

1 - Rapport HCAAM, 2015

2 - Rapport CNAMTS, 2016

3 - Rapport Véran, 2016

4 – Rapport de la MECSS, 2017

=> Faire évoluer les modes de financement vers un cadre plus incitatif

- **Recommandation 14** : développer des outils de mesure de la qualité des soins à partir d'indicateurs de résultat (ré-hospitalisation évitable, recueil de l'expérience des patients...).
- **Recommandation 15** : associer davantage les professionnels et établissements de santé à la régulation par la qualité et la pertinence, en évoluant vers une plus forte valorisation d'autres éléments de rémunération que la tarification à l'acte ou à l'activité, selon une approche « gagnant-gagnant » et dans un cadre concerté.

Le contexte réglementaire

... en constant développement

- LFSS 2015 : les programmes régionaux d'amélioration de la pertinence
- LMSS 2016 : le 'virage ambulatoire' => externaliser les prises en charge
- LMSS 2016 : coordination et promotion des parcours visant l'organisation des soins primaires
- LFSS 2017 : le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) : obligatoire en 2018 pour tous les établissements hospitaliers
- LFSS 2018 : L'expérimentation du paiement à l'épisode de soins et expérimentation de tarifications innovantes ('Article 51')

Le diagnostic partagé

Les moteurs du changement

... en grande partie partagés dans les pays développés :

- Transition épidémiologique (vieillesse et maladies chroniques)
- Contexte budgétaire contraint
- Tarification centrée prioritairement sur l'activité (en ville comme à l'hôpital)
- Cloisonnement des productions et des financements :
 - ville/hôpital
 - sanitaire/médico-social

2 – Retour d'expérience en matière de tarification

Les grandes tendances des réformes

Deux grandes tendances se dégagent de l'analyse des réformes du système de financement de l'offre de soins :

1 – Le passage d'une logique de tarification rétrospective à une logique prospective (forfaitaire) et incitative, basée en partie sur la performance (*Payment for Performance – P4P*)

2 – Plus récemment, le passage d'une mesure de la performance centrée sur le *process* (les moyens mobilisés : nombre d'actes, de séjours) à une indexation sur le résultat : la qualité, la pertinence ou la satisfaction des patients (*Value Based Health Care – VBHC*)

Ces évolutions se conjuguent et sont essentiellement fondées sur le retour d'expérience : **seule une partie des réformes a fait l'objet d'évaluations robustes**, plutôt dans les pays anglo-saxons

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Selon Stoddardt (1985), les incitations financières sont à double tranchant (a '**mixed blessing**')

⇒ D'une part, elles permettent d'inciter les agents à l'effort par des **motivations extrinsèques**, dans des situations où celui-ci ne peut pas être contrôlé

⇒ D'autre part, elles ont des effets différenciés selon les individus : pour certains, elles sont indispensables (**motivations intrinsèques** faibles), pour d'autres elles sont contre-productives (motivations intrinsèques fortes)

En santé, les motivations intrinsèques sont fortes ...

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Faut-il des incitations dans ce secteur ?

Aucun système de rémunération n'est '**neutre**' sur la pratique médicale
=> Tout mode de rémunération (comme le paiement à l'acte des médecins libéraux) comprend **déjà** des formes d'incitations implicites ou explicites, positives ou négatives, financières ou pas

=> Moindre puissance attendue du mécanisme incitatif

Peut-on transposer les systèmes étrangers ?

Les objectifs et la puissance des mécanismes incitatifs varient selon les pays et leurs situations initiales (notion de '**path dependency**')

=> Prise en compte des spécificités des systèmes

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

- En théorie : **L'asymétrie d'information** en faveur de l'agent' nécessite des incitations pour 'aligner' les objectifs des deux parties
=> Le 'principal' transfère une partie de son profit à l'agent
- En pratique : Il existe une **convergence des systèmes** vers une rémunération mixte incluant une partie incitative, indexée sur la performance (**Paiement à la performance** – P4P)

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Les types de rémunération **en ambulatoire**

- Le salariat (plutôt pour le travail d'équipe)
 - Le paiement à l'acte (*process* plutôt que résultat)
 - La capitation (une somme forfaitaire annuelle pour la responsabilité de la santé d'une sous-population)
- **L'évolution vers des schémas mixtes ... mais le point de départ compte :**
- Dominante paiement à l'acte avec quelques éléments de forfaitisation (ex : France)
 - Dominante capitation avec incitations financières sur actes ciblés (ex : Royaume-Uni)

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Les types de rémunération pour les soins hospitaliers

- *Cost plus* : remboursement ex post des coûts (ex : la tarification au prix de journée)
- *Fixed price* : somme forfaitaire invariante avec les coûts réalisés (ex: le budget global)
- **L'évolution vers des schémas mixtes**
 - La **Tarification à l'activité (T2A)** : paiement forfaitaire à la pathologie par Groupes Homogènes de Séjours (GHS) basé sur le principe de '*Yardstick competition*', Schleifer, 1985) :
 - Combinée à des financements de type *cost-plus* : remboursement des médicaments onéreux hors GHS (liste en sus), => dépenses hors dotation / missions d'intérêt général (MIGAC)

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

L'évaluation globale du paiement à la performance (P4P) par l'OMS (2014)

“P4P did not lead to “breakthrough” performance improvements in any of the programmes. Most of the programmes did, however, contribute to a greater focus on health system objectives, better generation and use of information, more accountability, and in some cases a more productive dialogue between health purchasers and providers.”

Cf. Cheryl Cashin, Y- Ling Chi, Peter Smith, Michael Borowitz and Sarah Thomson (eds), *Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2014

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Qualité	
- 'Disease management' des maladies chroniques	+/modeste
- Couverture de services de prévention	+/modeste
- Modes de production des soins hospitaliers	Limité
Résultats de santé	Pas d'impact
Satisfaction des patients	Pas d'impact
Equité	mitigé
Efficienc	
- Programmes centrés sur les modes de production (p	+/modeste
- Incitations ciblées	Limité
Effets indirects (retombées)	
- Production et utilisation de données	+
- Communication acheteurs/producteurs de soins	+

Cf. Marisa Miraldo, colloque Hospinnomics, 29/09/14

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Éléments pour un bilan quantitatif de la T2A

⇒ Les effets attendus

- Améliorer **la transparence** dans le financement des soins hospitaliers (lien entre financement et production) ;
- Proposer un mécanisme **équitable** : on paie le même prix pour un même service pour tous les fournisseurs de soins (l'équité dépend toutefois de la fiabilité de la classification de l'activité en groupes tarifaires et de la prise en compte des facteurs exogènes liés au contexte
- Améliorer **l'efficience** de chaque établissement et de l'ensemble du marché ; incite l'établissement à faire des gains d'efficacité productive, de façon à aligner leurs coûts sur les tarifs nationaux (Pouvoirville, 2009)

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Éléments pour un bilan quantitatif de la T2A

⇒ Les effets redoutés sur la qualité

Mise en place d'incitations à 'économiser' aux dépens de la qualité

- renvoyer les patients à leur domicile prématurément du point de vue clinique (**risque de réadmissions évitables**) ;
- diminuer les services fournis dans le cadre du forfait et transférer la responsabilité (et le coût) sur les autres (**cost shifting**) ;
- Les établissements peuvent décider, en amont, une **spécialisation** dans les pathologies où la variation de case-mix (donc des coûts) est la moins importante
- Décourager l'admission de patients moins 'rentables' (phénomènes d'aversion au risque et de **sélection des patients**).

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Éléments pour un bilan quantitatif de la T2A

=> Les effets redoutés sur la pertinence

- **L'effet volume** : les établissements réalisant le plus de marge brute (GHS - coût) sur un groupe sont considérés comme les plus efficaces et sont incités à développer leur activité au détriment des établissements ayant des coûts supérieurs
- Risque de production de **soins ou prestations inutiles** pour classer certains patients dans des GHS plus rémunérateurs
- Risque d'un 'comportement de **codage opportuniste** (*upcoding*), au moins à court terme
- Modification de l'équilibre des soins entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire (**cloisonnement**)

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Éléments pour un bilan quantitatif de la T2A

Sources : Rapport HCAAM, 2015; Rapport CNAMTS, 2016 ; Rapport Véran, 2016; Rapport de la MECSS, 2017

Choné Ph., Franck Evain, Wilner L. et E. Yilmaz , « Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? », Études et résultats n° 862, janvier 2014

- Réduction de la part des dépenses d'assurance-maladie consacrées à l'hôpital public (41 % à 34 % en 30 ans)
- Baisse de la durée moyenne de séjour (7,1 j à 5,5j)
- Hausse modérée du nombre de séjours (2005-2009 :+ 2.2%)
- Augmentation des hospitalisations sans nuitée (+ 46,8%)

.... Mais une difficulté à isoler **l'effet T2A 'pur'**

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Éléments pour un bilan quantitatif de la T2A

- Une forte **croissance des dépenses hors T2A** (MIGAC :+50% entre 2006 et 2011) due entre autres à la 'liste en sus' (médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantables)
- Une non convergence entre secteur public et privé (tarifs publics supérieurs en moyenne de 24%) gérée par de nouvelles dotations hors T2A (comme la précarité)
- Une **difficulté à mesurer** des phénomènes tels que :
 - Sélection patients /abandon de certaines activités
 - Externalisation de certaines prestations
 - Surcodage / 'saucissonnage séjours'
 - Désincitation au travail d'équipe

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Les enseignements

=> arbitrages à rendre sur la puissance du mécanisme incitatif

- **Nombre optimal de GHS**

- Raffinement (ex: sévérité) pour plus de transparence et d'équité entre établissements ... au prix d'une perte de puissance du mécanisme incitatif et d'une augmentation de la complexité d'usage et des coûts de gestion

- **Périmètre d'application**

- Place plus ou moins importante pour des exceptions (dotations hors GHS)

- **Concurrence/coopération entre établissements => 'Coopétition'**

- Mise en concurrence sur tous les GHS ou ...
- Organisation verticale avec gradation des soins /sévérité entre structures à caractère complémentaire

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Les enseignements

=> Les défis des réformes de la T2A

- Passer d'un financement au cas à celui d'un épisode, voire d'un **parcours complet de soins**, décloisonnant les soins entre les différents segments (soins hospitaliers, de ville, services sociaux, ...)
- **Etendre la T2A** de manière adaptée vers d'autres segments de soins (Soins de Suite et Réadaptation, psychiatrie)
- Mettre en place des **incitations sélectives** (paiement à la performance) basées sur la démonstration du caractère coût-efficace de certains soins
- Préserver la confiance et la volonté de coopération entre établissements et professionnels

1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Les enseignements

=> Les défis des réformes de la T2A

Reconnaître l'existence de comportements stratégiques de contournement de la réglementation, dont les effets ne peuvent qu'en partie être anticipés :

- Si les incitations financières portent sur l'équipe :
 - => Risque de **“free riding”** : certains travailleront beaucoup et d'autres moins pour la même rémunération individuelle
- Si les incitations financières portent sur l'individu :
 - => Risque de **moins coopération** entre membres de l'équipe

2 – De la rémunération du *Process* à celle du **Résultat**

Nécessité de passer d'une logique de rémunération de l'activité/volume basée sur le *process* de production des soins (T2A, Paiement à l'acte) à celle du résultat, de la **valeur** du service rendu à la collectivité

Notion de **Value-Based Health Care** (VBHC) développée aux US par Michael Porter, Boston, US

- ⇒ Centrer le système sur l'expérience patient et sur la notion de parcours (décloisonnement ville/hôpital)
- ⇒ développer des outils de mesure de la qualité des soins à partir d'indicateurs de résultat (ré-hospitalisations évitables, recueil de l'expérience des patients...).

La stratégie de transformation du système de santé et les annonces du 18/09/2018 vont dans ce sens ...

3 – Vers un scénario de rupture ?

Le scénario de rupture du HCAAM

L'avis* 2018 du HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) appelle à un **scénario de rupture** pour '**Stratégie de transformation de notre système de santé**', qui redéfinit les contours du système de santé et impacte les établissements de santé :

- Centré sur les **CPTS** (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), qui regroupent l'ensemble des intervenants ambulatoires des champs de la prévention, du sanitaire et du médicosocial (hors établissements)
- Avec **maillage progressif du territoire** avec environ 1000 CPTS dimensionnées pour couvrir une maille de 30 à 100 000 habitants selon la densité (notion de bassins de vie)

Quel périmètre pour les établissements de santé ?

Le scénario de rupture du HCAAM

Pistes sur la rémunération des acteurs de soins primaires :

« Il paraît enfin nécessaire de stabiliser les modalités de tarification des acteurs de soins primaires avec trois étages, organisés **de manière pérenne** :

- Financement de la **structure** et des charges fixes (incluant le système d'information) ;
- Rémunération des **services** rendus, pas forcément sous forme exclusive de paiement à l'acte ; par exemple, pour l'éducation thérapeutique du patient, un forfait par patient peut être proposé ;
- Rémunération à la **qualité** en fonction d'indicateurs de résultats »

Quid du financement des établissements de santé ?

=> Mise en place d'une *task-force* à la DREES et premières propositions sur des forfaits urgences ou épisodes de soins

Clarifier les attendus de la réforme

L'enjeu principal :

Dépasser la logique 'productiviste' de la T2A ...et mobiliser les incitations financières 'à bon escient' :

1 - pour améliorer la pertinence, donc **l'efficience** (relation entre moyens et résultats)

2 - sans nuire à la **qualité au sens large** (coordination, meilleure réponse aux attentes des patients, meilleures conditions de travail des professionnels)

Condition nécessaire : le développement d'indicateurs de qualité et de pertinence des soins

... demeurent cependant deux **arbitrages importants**

Concurrence ou coopération ?

Sur le terrain, difficulté d'articuler concurrence et coopération

L'introduction de la T2A, par la mise en concurrence de tous les hôpitaux sur certains segments d'activité, au delà de la seule concurrence public/privé, conduit à des choix de spécialisation qui peuvent aller à l'encontre de la logique de coopération

Faut-il maintenir **une logique 'horizontale'** de concurrence sur certains segments d'activité (cataracte) avec **une logique 'verticale'** de complémentarité (ville- hôpitaux référents –CHU) en groupements hospitaliers de territoires (GHT)

=> **Quelle place donner à la logique de maillage territorial par rapport à la recherche d'efficience attendue de la mise en concurrence des producteurs de soins ?**

Raffinement ou forfaitisation ?

La mise en place de la T2A et son extension à d'autres domaines que le MCO (HAD, SSR) s'effectue selon une logique de 'raffinement' des tarifs => Prise en compte croissante de la sévérité, de la lourdeur financière

Objectifs :

- être au plus près des coûts réels engagés par l'établissement => moindre partage des risques entre l'établissement et le régulateur
- éviter les phénomènes de sélection => retour progressif à une logique de type '*Cost-Plus*'

Limites :

- Réduction de la portée incitative du mécanisme (moindre forfaitisation)
- Complexité de gestion, nécessitant un *reporting* par l'établissement des indicateurs retenus et une vérification par l'instance de régulation

Quelle place donner à la 'réassurance' des établissements hospitaliers comparé à celle d'incitation, donc de partage de risque ?

Capitaliser sur le retour d'expérience à l'étranger

Les *Accountable Care Organizations* (ACOs)

Expériences étrangères de coordination des soins : les *Accountable Care Organizations* de Medicare aux Etats-Unis.

Natacha Lemaire , Rapport 2017



Le paiement à l'épisode de soins

Revue de littérature en vue de l'expérimentation d'un nouveau mode de tarification à l'hôpital : le paiement à l'épisode de soins

Laurie Rachet-Jacquet, Lise Rochaix, Marc-Antoine Sanchez

Septembre 2017

CES / Lise Rochaix / 27 nov 2018

Les annonces du 18/09/18

Redéfinition de la carte hospitalière

=> Gradation des activités des établissements en fonction de la sévérité : soins de proximité, soins spécialisés et soins ultra-spécialisés.

=> Réorientation des 600 plus petits établissements sur des priorités (gériatrie, rééducation, imagerie, biologie, télémédecine et création d'un nouveau statut d'hôpital de proximité

Evolution du financement des hôpitaux

L'enveloppe récompensant la qualité des soins sera portée de 60 à 300 millions d'euros dès l'an prochain.

Mise en place de financements au forfait dès 2019 pour deux pathologies chroniques : le diabète et l'insuffisance rénale chronique.

L'enjeu de l'article 51

La LFSS 2018 et l'article 51 :

Perçu par les acteurs comme une 'sortie par le haut' du système actuel de tarification (Rapport Véran) :

⇒ *Pas de 'sortie', mais :*

une évolution des modes de tarification pour mieux prendre en compte d'autres dimensions comme la qualité et la pertinence

⇒ *Pas une recherche d'économies mais :*

- à qualité égale, réduction des dépenses
- à dépenses égales, amélioration de la qualité

Le pari du territoire

Les acteurs de terrain sont les mieux à même d'identifier la présence de ces deux dimensions dans les parcours :

⇒ Importance d'une approche 'bottom up', sous réserve que celle-ci soit accompagnée et évaluée

Passer du volume au résultat

Des cadres d'expérimentation locaux (**bottom up**)

Trois cadres d'expérimentation descendants (**top down**) :

- Regroupement de professionnels (ville et hôpital) et intéressement collectif, complémentaire au mode existant (intéressement aux économies et à l'amélioration de la qualité)
- Paiement de forfaits en chirurgie orthopédique (modèle américain) : forfait ajusté au risque, avec partage de risque sur la prise en charge des complications
- Rémunération forfaitaire d'équipes ajustée à l'état de santé du patient (coopérations interprofessionnelles, exercice regroupé dans les mêmes murs)

L'article 51 offre des perspectives riches d'évolution des modes actuels de tarification par la possibilité de dérogations pour faciliter la coordination (donc la qualité) et améliorer la pertinence

Les évaluations prévues de ces expérimentations vont offrir, en plus du suivi de l'objectif macro-économique de respect de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)

- Une mesure de l'impact micro-économique, sur :
 - les patients
 - les établissements
 - la collectivité dans son ensemble
- Une appréciation des impacts en termes de qualité, de pertinence, ou d'inégalité (d'accès à la ressource ou de résultats)

Vers des schémas respectueux des missions premières des professionnels de santé

- **Co-construire** le schéma de rémunération incitatif avec les professionnels de santé
- Définir les **conditions du partage des gains** de productivité éventuels
- Mettre en place des mécanismes pour **empêcher la sélection, la réduction de qualité**
ou la substitution vers des activités moins productrices de santé
- Mettre en œuvre des **systèmes fiables d'indicateurs** consensuels (processus et résultats)
- Préférer les incitations portant **sur l'équipe et combiner incitations financières et non financières**

Merci de votre attention

Pour en savoir plus sur l'économie de la santé



Le cours en ligne sera sur le site d'Hospinnomics en janvier 2019

www.hospinnomics.eu

