

**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

Introduction	3
Contexte	3
La tarification hospitalière à l'activité et ses limites	3
Le paiement à la performance en ville et ses effets.....	4
Le financement à l'épisode de soins et les effets attendus	4
Méthode de revue bibliographique	4
Enseignements de la littérature	5
Les points de convergence	5
Les points de vigilance sur la mise en œuvre	6
Enjeux d'une transposition au cas français :	8
Conclusion	8
Références	9
Annexe 1 : Stratégie de recherche de littérature	11
Annexe 2	13

Introduction

Cette note vise à synthétiser les connaissances actuelles sur la performance du système de paiement à l'épisode de soins¹, au travers d'une revue synthétique de la littérature. S'appuyant sur les rapports les plus récents disponibles en France (HCAAM 2015 ; Véran 2016 ; CNAMTS 2016) et sur une sélection de la littérature internationale, l'objectif est d'éclairer les conditions d'expérimentation et de mise en œuvre d'un dispositif de ce type en France, notamment à l'AP-HP, et de proposer un cadre scientifique à l'évaluation de ce nouveau mode de tarification.

Contexte

Le système français de tarification de l'activité hospitalière a fait l'objet de nombreuses réformes visant une plus grande efficacité. Jusqu'en 1984, le financement des établissements de santé se faisait sur la base d'un prix de journée. Ce modèle inflationniste a alors été remplacé par un système de dotation globale (DG). Bien que ce système permette une maîtrise des enveloppes budgétaires, la reconduite des budgets d'une année sur l'autre sur la base des dotations historiques a freiné l'investissement et l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers aux besoins du territoire (Le Menn et Milon, 2012). Le PMSI, élaboré initialement pour suivre l'activité hospitalière, a ensuite été utilisé pour ajuster les budgets des hôpitaux sur la base de leur activité réelle au moyen des points ISA (indice synthétique d'activité). La tarification à l'activité (T2A), inspirée des *Diagnosis-Related Groups* (DRG) nord-américains et mise en place en 2004 en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) dans le cadre de la Loi organique relative aux finances publiques (LOLF), constitue une étape importante visant l'allocation des ressources sur la base de l'activité hospitalière mesurée à travers les Groupes Homogènes de Malades (GHM). Ces réformes des modes de financement de l'activité hospitalière ont tenté, au fil du temps, de décliner les résultats de la théorie économique des incitations démontrant la nécessité de mettre en œuvre des schémas incitatifs de tarification, pour répondre aux différentes contraintes, notamment d'efficacité et de maîtrise des coûts. Le déploiement de la T2A pour le financement à l'activité des établissements de santé, avec la définition d'un tarif (le Groupe Homogène de Séjour - GHS) pour chaque GHM, a été mis en place de manière progressive. En 2012, le financement par GHS représentait en France 75% de l'activité MCO (Le Menn et Milon 2012). Les principaux objectifs attendus d'un tel modèle de paiement forfaitaire par type de séjour étaient une meilleure transparence, une amélioration de l'équité sur le territoire et de l'efficacité du système de santé (Le Menn et Milon 2012).

La tarification hospitalière à l'activité et ses limites

Le système américain des DRG, adopté dans de nombreux pays, a fait l'objet d'une très large littérature pour en analyser les apports et les limites. L'une des préoccupations majeures est l'utilisation stratégique de la nomenclature par les établissements et les acteurs de soins afin d'optimiser les facturations. Le rapport récent de la RAND (2017) évoque ainsi l'existence d'une "surcotation" des actes dispensés aux patients. Cette utilisation stratégique renvoie aussi à des pratiques possibles de sélection des patients, inhérente à toute forme de tarification à l'activité, ainsi qu'à la spécialisation technique des structures sur des segments plus lucratifs. Le rapport de R. Cash (2011) analyse ces questions pour le cas de la France. Plus récemment, le rapport de la CNAMTS (Cnamts 2016) synthétise le retour d'expérience en mettant en avant trois principales limites :

¹ Telle est la traduction retenue dans le rapport HCAAM (2015) pour le terme anglais de *Bundled Payment*, p. 3, document n°15.

- La fragmentation du financement des acteurs de soins intervenant dans un même parcours au détriment de la coordination ;
- Le lien avec l'activité présentant un caractère potentiellement inflationniste, car il n'empêche ni ne décourage les actes inutiles ou redondants ;
- L'allocation des ressources sur la seule base du volume d'activité, sans prise en compte de la qualité des soins, conduisant potentiellement à orienter l'activité vers les soins les plus rentables et programmables.

Le paiement à la performance en ville et ses effets

La déclinaison des schémas incitatifs pour les soins primaires a pris la forme de paiements à la performance (« Pay for Performance – P4P») pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins en ambulatoire. Ces dispositifs ont fait l'objet d'expérimentations, notamment au Royaume-Uni². En France, des dispositifs visant à améliorer la qualité des soins et le suivi des bonnes pratiques ont été mis en place en ville, avec la création de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Ce paiement prospectif consiste à suivre des objectifs qualitatifs et ou quantitatifs d'activité de soins (prévention, suivi des pathologies chroniques, prescription de médicaments, organisation du cabinet). Des évaluations récentes ont montré le potentiel du P4P mais aussi le caractère circonscrit de ces incitations, centrées sur la seule médecine de ville et donc ne permettant pas une meilleure coordination entre secteur de soins primaire et secondaire (Tsiachristas (2013)), ainsi que la nécessité de faire constamment évoluer les indicateurs retenus comme base pour l'incitation.

Le financement à l'épisode de soins et les effets attendus

Le paiement à l'épisode de soins consiste à verser un paiement forfaitaire unique pour l'ensemble des prestations nécessaires à la prise en charge globale d'une pathologie donnée, en ambulatoire comme à l'hôpital. Les établissements et les professionnels de santé sont incités à rechercher la combinaison des soins la plus efficace, à qualité donnée, en réduisant éventuellement les actes non nécessaires et coûteux. Un forfait calculé sur l'épisode de soins encourage donc les établissements, les professionnels de ville et les instances de soins post-aigus à se coordonner pour limiter les complications post-opératoires et les ré-hospitalisations. Par construction, le financement à l'épisode de soins a un pouvoir incitatif fort pour que les acteurs prennent en compte le parcours du patient de manière intégrée via une meilleure coordination ville-hôpital et médico-social et une maîtrise du recours à l'hospitalisation. Le paiement à l'épisode de soins serait donc bénéfique tant en termes de réduction des coûts que d'amélioration de qualité des soins (HCAAM 2015). Certains risques théoriques existent dans la mise en place d'un paiement à l'épisode de soins, dont par exemple l'évitement de soins nécessaires au sein de l'épisode. Enfin, ce type de paiement peut conduire à encourager des épisodes de soins non nécessaires, de la même manière que le paiement à l'activité ne dés-incite pas les séjours non nécessaires (Shih, Chen et Nallamothu 2015). La revue synthétique de la littérature étrangère vise à mettre en regard ces effets théoriques avec les retours d'expérience.

Méthode de revue bibliographique

Les six étapes préconisées dans la méthode PRISMA ont été suivies afin de garantir une démarche scientifique validée, habituellement utilisée dans la littérature médicale. Les étapes sont les suivantes : « cerner le sujet de la revue, définir les paramètres, rechercher les articles, filtrer les articles trouvés, vérifier l'éligibilité des articles trouvés et inclure les articles éligibles » (Bérard C et Tanguay C 2014). Pour définir le périmètre de la revue de littérature, les critères PICOTS (*Population, Intervention,*

² Cf. Smith, Miraldo pour une revue de ces expérimentations et leur évaluation.

Comparator, Outcome, Time, Settings) ont été utilisés. Ainsi, la population d'intérêt est ici la population générale, l'évaluation porte sur la mise en place d'un nouveau type de financement de structures de soins du type *bundled payment*, le comparateur est l'ensemble des autres types de financement (financements existants ou autres types de financements récents), le résultat est l'impact sur la qualité des soins et les dépenses de santé. Enfin le cadre est celui d'un pays disposant d'un système de santé couvrant les besoins de santé de sa population. Il s'agit d'une revue sélective, effectuée par recherche électronique, avec un horizon temporel de moins de 10 ans au moment du recueil de données. La sélection par équations de recherche a été complétée par des articles issus de la revue de la littérature récente proposée dans le rapport Véran. La stratégie de recherche est détaillée en annexe 1.

In fine, les documents retenus comprennent des rapports d'institutions nationales, des revues de littérature ou des articles scientifiques publiés dans des revues à comité de lecture. Sont présentés dans cette revue sélective les résultats de douze dispositifs expérimentaux de paiement à l'épisode de soins, en raison de leur pertinence pour le contexte français et de la qualité des analyses menées. Huit d'entre eux ont été développés aux Etats-Unis, le reste concernant des expérimentations européennes (Portugal, Suède et Pays-Bas) (tableau 1, annexe 2). Les procédures et conditions ciblées varient d'un cas à l'autre, de même que les caractéristiques des systèmes de santé, notamment en fonction de la place occupée par les soins primaires matière et plus généralement, le degré d'intégration de l'offre de soins. En dépit de la sélection initiale, la qualité des évaluations réalisées reste inégale et les critères retenus diffèrent selon les objectifs assignés au dispositif. Trois des expériences étrangères n'ont pas été évaluées à ce jour, principalement parce que leur mise en oeuvre est trop récente (2016, 2017).

Enseignements de la littérature

Les points de convergence

Les résultats de la littérature sélectionnée sont convergents sur trois points :

i) Le paiement à l'épisode permettrait de **diminuer les dépenses de soins hospitalières** via une baisse des coûts associés à un épisode de soins, pour la chirurgie cardiaque (pontage) ou la chirurgie orthopédique du membre inférieur par rapport au système actuel de T2A (Shih et al. 2015, Dummit et al. 2016, Rapport Lewin 2016). Des résultats similaires ont été observés pour des dispositifs de paiement forfaitaire pour la prise en charge des patients atteints de diabète et en hémodialyse (Erlor et al. 2011, Ponce et al. 2012). Les économies semblaient être toutefois liées directement aux réductions de forfait négociées par les assureurs lors de la mise en place du paiement à l'épisode de soins (Medicare) et dans une moindre mesure, à une baisse des dépenses de soins postopératoires (Shih et al. 2015). Une autre étude estimait que la baisse des paiements d'hospitalisation était due principalement à la diminution du recours aux soins institutionnels post-aigus (Dummit et al. 2016). Toutefois, une étude menée sur un dispositif de paiement à l'épisode de soins qui excluait les soins post-aigus du forfait observait des dépenses plus importantes pour les soins post-aigus (Shih et al. 2015). Le rapport Lewin 2016 d'évaluation du dispositif Bundled Payment for Care Initiative – BPCA- mis en place par Medicare notait l'absence de différence significative en terme de dépenses d'hospitalisation pour les autres procédures concernées (autres que les chirurgies cardiaque, orthopédique), limitant ainsi le potentiel d'économies à des procédures particulières.

ii) **Les résultats concernant la qualité des soins prodigués montrent un effet plus limité.** Un certain nombre d'études concluaient à l'absence de changement significatif de la qualité mesurée en termes de taux de ré-hospitalisations à 30 jours (Shih et al. 2015 pour le dispositif ProvenCare ;

Dummit et al 2016 & Rapport Lewin pour le BPCA) et de taux de mortalité (Shih et al. 2015 pour le dispositif Medicare ‘Participating Heart Bypass Center Demonstration’). L’étude de Shih et al. (2015) faisait état d’une hausse faible mais significative du taux de complications pour le dispositif Nord-Américain Medicare Participating Heart Bypass Center Demonstration. Il en était de même pour l’évaluation menée par le Lewin Group qui mettait en évidence une absence de diminution des coûts et une hausse de la mortalité (Lewin Group 2016). Ainsi, il semble que **les indications du paiement à l’épisode de soins doivent être discutées au cas par cas**.

iii) D’autres études ont mesuré un impact positif sur la qualité des soins, tel que **le suivi des bonnes pratiques** (Shih et al., pour l’intervention ‘ProvenCare’), effet lié à la présence d’une incitation de type paiement à la performance basé sur le respect de bonnes pratiques cliniques. L’avantage de la tarification à l’épisode de soins apparaît être ici le fait de pouvoir la combiner avec d’autres modes de tarification, comme l’incitation à la performance portant sur l’objectif d’amélioration des pratiques. Le rapport 2016 de la CNAMTS, centré sur le dispositif de paiement à l’épisode de soins suédois, Orthochoice, souligne comme résultats notables **une diminution des délais d’attente** et une maîtrise des volumes. Ce dispositif, comme le précédent, combine un paiement à l’épisode de soins et une incitation à la performance, avec une réassurance à 5 ans pour couvrir des complications pouvant entraîner des reprises chirurgicales. Dans Orthochoice, l’effet positif du dispositif est **lié au système mixte de rémunération**. Ces résultats positifs d’amélioration de la qualité des soins et de diminution des durées d’hospitalisation, du nombre de réadmissions et du temps en soins de suite ont été corroborés sur d’autres études par Siddiqi et al. 2017.

Les points de vigilance sur la mise en œuvre

La revue synthétique de la littérature étrangère permet **d’éclairer les aspects essentiels de la mise en oeuvre d’un dispositif expérimental** de paiement à l’épisode de soins en France.

i) La définition du forfait se fait sur la base **des coûts moyens de l’épisode** avec une réduction régulière pour inciter à une meilleure efficacité. Dans le cas du dispositif ProvenCare en 2006 aux États-Unis, le forfait était défini sur la base du coût estimé d’une hospitalisation typique auquel s’ajoutait la moitié du coût moyen du soin post-aigu pendant une période de 90 jours après l’opération. Ce dispositif ne concernait toutefois que les pontages aorto-coronariens programmés. Les expériences étrangères montrent que le potentiel de réduction des dépenses d’hospitalisation provient surtout de la réduction en amont des forfaits par rapport aux coûts des soins couverts. Dans le contexte nord-américain et du fait du caractère volontaire des expériences, le dispositif a surtout été plébiscité par des hôpitaux performants et qui ont gagné des parts de marché via la contractualisation, permise par le dispositif, avec des assureurs. La question de la généralisation de ce résultat à l’ensemble des hôpitaux reste donc entière. Selon toute vraisemblance, l’incitatif financier seul, sous la forme de forfait basé sur les coûts moyens et réévalués régulièrement, conduirait à la pression financière et au manque de visibilité évoqués comme limites de la T2A dans le rapport Véran, aux côtés de la complexité du système.

ii) En dépit du risque théorique clair de **sélection adverse lié à la mise en place d’un forfait global**, les évaluations menées sur les dispositifs étrangers et reprises ici n’ont que très rarement considéré ces effets. Parmi les études de la revue synthétique, seul Shih et al. (2015) s’intéressent à l’impact du paiement à l’épisode de soins sur le ‘case-mix’ hospitalier et trouvent un effet nul. Si l’absence d’effet peut s’expliquer par la prise en compte adéquate de l’état du patient (sévérité et comorbidités) via la modulation du forfait versé aux hôpitaux, les résultats peuvent aussi être dus au choix des pathologies

retenues pour ces dispositifs expérimentaux. Celles-ci ont été principalement choisies car elles correspondent à un épisode de soins bien défini et associé à des coûts maîtrisables. Une autre étude menée par Tsiachristas en 2013 sur la mise en place d'un paiement à l'épisode pour les soins chroniques des patients diabétiques aux Pays-Bas, indique que les groupes de soins responsables de la coordination du parcours de soins renvoient à l'hôpital les patients les plus coûteux, de manière à préserver leur équilibre financier. A ce stade, d'autres évaluations apparaissent nécessaires pour établir l'impact d'un passage au paiement à l'épisode de soins sur une éventuelle sélection des patients. Il importe d'aller au delà de l'effet moyen en population générale et se concentrer sur des effets selon des catégories particulières de populations de patients (Hussey (2012)).

iii) Les recommandations actuelles en matière de paiement à l'épisode de soins préconisent de **coupler l'incitatif financier à des objectifs qualité** (rapport CNAMTS), centrés sur l'adoption de bonnes pratiques et le respect d'indicateurs qualité pour assurer la pertinence des soins et pallier d'éventuels effets négatifs sur la qualité (rapport Véran). Les retours d'expérience montrent en effet que seuls les dispositifs alliant des éléments de paiement à la performance à la rémunération à l'épisode de soins parviennent à des résultats positifs, bien que limités, en termes de qualité. Toutefois, comme les incitatifs financiers et à la qualité sont le plus souvent conjugués, il n'a pas été possible jusqu'ici d'identifier les deux effets séparément. A titre d'illustration, les dispositifs expérimentaux ont intégré, en plus du paiement à l'épisode, différents aspects de la qualité tels que l'adoption de bonnes pratiques en chirurgie cardiovasculaire (ProvenCare - US), les indicateurs de processus et de résultats pour la prise en charge de l'hémodialyse (Portugal). Orthochoice, mis en place en Suède pour la chirurgie orthopédique fixait ainsi des objectifs en termes de prise en charge de la douleur, de réduction des délais d'attente et de taux de complications à 5 ans après hospitalisation. Aux Etats-Unis en chirurgie orthopédique également, le dispositif Comprehensive care for joint replacement, non évalué à ce jour, prévoit, si l'hôpital a réalisé des gains d'efficacité de conditionner la rémunération à l'atteinte d'un score de qualité composite (satisfaction du patient, taux de complications et PROMs).

iv) La revue synthétique des expérimentations étrangères permet de cibler les avantages et inconvénients associés à des **épisodes de soins plus ou moins inclusifs**. Si l'objectif de qualité des soins, renforcée via une meilleure coordination des acteurs du système de santé est primordial, il serait judicieux de choisir un épisode de soins incluant des soins péri-opératoires ainsi qu'une garantie sur plusieurs années, en cas de complications. C'est ainsi qu'Orthochoice a rempli ses objectifs à la fois en terme d'efficacité et d'amélioration de la qualité. Le système suédois semblait toutefois plus intégré et culturellement plus apte à un partage des tâches et à une coordination des soins entre acteurs. La définition d'un épisode de soins plus ou moins resserré autour de l'hospitalisation constitue un élément de choix important. Il constitue, à court terme une solution plus simple à mettre en oeuvre, et, pour des hospitalisations complexes, pourrait présenter des gains d'efficacité importants en incitant à la réduction des soins non nécessaires. Toutefois, le risque d'un déplacement des soins en dehors de l'épisode couvert pour augmenter la marge est réel et Shih et al. (2015) indiquent que le dispositif Medicare Acute Care Demonstration a ainsi conduit à une augmentation des paiements pour les soins post-opératoires non inclus dans l'épisode

v) Quel que soit le mode de tarification, la disponibilité de systèmes informatiques (SI) performants apparaît être une condition nécessaire à leur réussite. Mais cela est particulièrement marqué dans le cas du paiement à l'épisode de soin, du fait du besoin de coordination des acteurs et ceci doit être prévu au démarrage de l'expérimentation (Siddiqi et al. 2017). Les SI contribuent ainsi à renforcer la confiance des professionnels de santé, notamment dans le cas d'une coexistence entre deux systèmes de paiement (paiement groupé et paiement à l'acte). Ils permettent le recueil des données nécessaires à

l'évaluation des pratiques et à la mesure de performance du système, la définition des besoins de coordination des acteurs, la mise en œuvre des processus d'évaluation, grâce à des indicateurs de qualité de prise en charge du patient et la définition des modalités du calcul des forfaits. De fait, plusieurs expérimentations ont été confrontées à des difficultés administratives de mise en place du système et de répartition des revenus (Shih et al. 2015, Rand), entraînant des retards dans la mise en oeuvre du dispositif. **Le partage des données et de l'information, grâce à un système informatique performant**, apparaît donc indispensable à la mise en place de ces dispositifs (Blumenthal et Dixon 2012).

Enjeux d'une transposition au cas français :

L'impact organisationnel attendu semble pouvoir contribuer à atteindre deux des objectifs importants en France : améliorer les pratiques et à favoriser le développement des liens entre la ville et l'hôpital.

La capacité des études existantes à conclure sur **l'effet causal du dispositif de paiement à l'épisode de soins est limitée** car la plupart se restreignent à une comparaison avant/après des différents indicateurs de résultats, pour un centre hospitalier donné. L'évaluation de ces dispositifs est globalement rendue difficile par le nombre restreint d'hôpitaux en phase exploratoire et par le caractère volontaire de ces dispositifs qui, de fait, crée des biais de sélection. La validité externe de ces études est également mise en question dans la littérature, du fait de la **spécificité des systèmes de santé dans lesquels ces expérimentations s'inscrivent et des modalités propres à chaque dispositif**.

Dans le cadre d'une éventuelle expérimentation française, le périmètre de l'évaluation doit être défini ex ante et prévoir la mise en œuvre de méthodes économétriques robustes et valides. Le choix des pathologies cible pourra porter sur les interventions dont les résultats sont apparus comme les plus probants dans la littérature. De fait, le système de paiement à l'épisode de soins a surtout été utilisé pour les maladies chroniques (diabète, hémodialyse) ou certaines indications chirurgicales, notamment en chirurgie orthopédique, ou en chirurgie cardiaque (pontages aorto-coronariens) et le choix portera prioritairement sur ces cas.

L'impact organisationnel constitue l'une des forces de la mise en place du paiement à l'épisode de soins, car en améliorant la coordination des acteurs, cette mesure pourrait aussi constituer une étape supplémentaire vers la redéfinition des responsabilités et compétences entre médecins et autres professionnels de santé.

Conclusion

Si la T2A apparaît adaptée au financement de certaines activités standardisées pour lesquelles les coûts sont facilement évaluables et prévisibles (chirurgie, activités interventionnelles), la tarification actuelle doit être adaptée pour mieux prendre en compte les enjeux de coopération entre acteurs sur un même territoire et/ou pluri-professionnelles, ainsi que les prises en charge complexes des patients atteints de maladies chroniques au sein d'une population vieillissante. **A ce jour, les activités de coordination entre professionnels de santé ainsi que la prévention ne sont pas prises en compte dans la tarification de l'activité, participant ainsi d'une vision en silos du parcours de soin du patient.**

La mise en place de la rémunération à l'épisode de soins en France vise à promouvoir la qualité des soins en améliorant les pratiques et la coordination, tout en diminuant les coûts. Les soins

cardiovasculaires et la chirurgie orthopédique ont été largement retenus dans les expériences étrangères car ils touchent une population importante et sont coûteux. Les gains d'efficacité obtenus par le paiement à l'épisode de soins représentent ainsi des économies potentiellement importantes. La chirurgie et les conditions cardiovasculaires présentent aussi l'avantage d'avoir fait l'objet de 'guidelines' permettant de définir l'épisode de soins via des points d'entrée et de sortie ('endpoints') tangibles et les bonnes pratiques (Chee et al. 2016). L'existence de bonnes pratiques et références cliniques permet aussi de définir des indicateurs qualité, s'assurant ainsi contre le risque de réductions des soins nécessaires au cours de l'épisode de soins. Les résultats des expérimentations actuelles sont encourageants mais ne permettent pas d'affirmer que ce nouveau mode de rémunération permettra d'atteindre ces divers objectifs. **La proposition d'utiliser ce mode de rémunération pour certaines indications bien définies³ reflète le compromis retenu dans les pays conduisant actuellement les expérimentations.**

Si le domaine de la chirurgie orthopédique s'est imposé pour les expérimentations menées dans plusieurs pays, d'autres applications pourraient être envisagées comme la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, certaines chimiothérapies, l'orthopédie froide, pour laquelle le transfert hôpital-ville apparaît profitable (HCAAM 2015), ou encore des pathologies lourdes avec une forte prévalence et une prise en charge insuffisante (bronchite chronique obstructive, insuffisance cardiaque) (Le Menn et Milon 2012).

Les critères qui pourraient présider au choix de la pathologie à retenir pour l'expérimentation sont doubles :

1. Pathologies très coûteuses, pour lesquelles le moindre gain d'efficacité conduira à des réductions importantes de dépenses ;
2. Pathologies dont les parcours sont aujourd'hui mal définis, du fait du manque de coordination des acteurs et dont les modes actuels de tarification pourraient être modernisés (exemple de l'HAD, santé mentale, rapport Veran).

Le choix des pathologies repose in fine sur la priorisation des objectifs entre 1) amélioration de la qualité de la prise en charge, notamment recherchée via une meilleure coordination des professionnels de santé et des secteurs de soins, et 2) gains d'efficacité dans la prise en charge de pathologies coûteuses et standardisées.

Enfin, la coopération entre acteurs de soins n'est pas acquise, dans un système où l'hôpital d'un côté, les structures de ville de l'autre, interviennent pour le même épisode, mais n'ont ni les mêmes modes de rémunération, ni les mêmes statuts et ne sont prêts, ni les uns ni les autres à partager ou déléguer. La question de la mise en œuvre reste donc entière, tout particulièrement celle de savoir quel sera **l'acteur de soins qui recevra le paiement forfaitaire**, question posée dès 2015 dans le rapport du HCAAM.

Compte tenu des implications organisationnelles pour toutes les parties prenantes, **cette décision doit être prise dès la conception de l'expérimentation et à l'issue d'une coordination forte avec toutes les parties.**

Références

³ Une liste indicative et non exhaustive des procédures concernées potentiellement par un dispositif expérimental de paiement à l'épisode de soins figure dans le rapport final de la mission Veran (p.51).

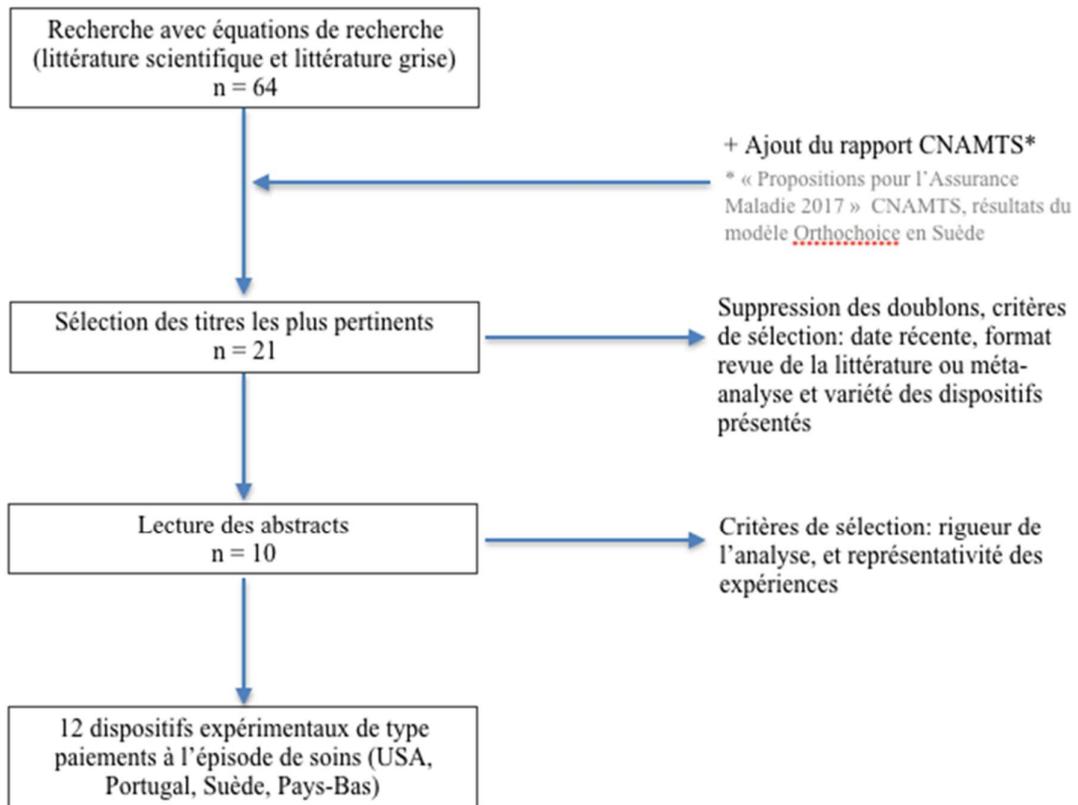
1. Blumenthal, David, et Jennifer Dixon. 2012. « Health-Care Reforms in the USA and England: Areas for Useful Learning ». *Lancet (London, England)* 380 (9850): 1352-57. doi:10.1016/S0140-6736(12)60956-8.
2. Carter Clement, R., Suneel B. Bhat, Meredith E. Clement, et James C. Krieg. 2017. « Medicare Reimbursement and Orthopedic Surgery: Past, Present, and Future ». *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine* 10 (2): 224-32. doi:10.1007/s12178-017-9406-7.
3. 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
4. Cnamts. 2016. « Proposition de l'Assurance Maladie pour 2017 : améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ».
5. Dummit, Laura A., Daver Kahvecioglu, Grecia Marrufo, Rahul Rajkumar, Jaclyn Marshall, Eleonora Tan, Matthew J. Press, et al. 2016. « Association Between Hospital Participation in a Medicare Bundled Payment Initiative and Payments and Quality Outcomes for Lower Extremity Joint Replacement Episodes ». *JAMA* 316 (12): 1267-78. doi:10.1001/jama.2016.12717.
6. Erler, Antje, Thomas Bodenheimer, Richard Baker, Nick Goodwin, Cor Spreuwenberg, Hubertus J. M. Vrijhoef, Ellen Nolte, et Ferdinand M. Gerlach. 2011. « Preparing Primary Care for the Future - Perspectives from the Netherlands, England, and USA ». *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen* 105 (8): 571-80. doi:10.1016/j.zefq.2011.09.029.
7. HCAAM. 2015. « Innovation et système de santé-document n°15 rémunération à l'épisode de soins ».
8. Le Menn, J, et A Milon. 2012. « Refonder la tarification hospitalière au service du patient ». http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-703_mono.html#toc2.
9. Lewin Group. 2016. « CMS Bundled Payments for Care Improvement Initiative Models 2-4: Year 2 Evaluation & Monitoring Annual Report ».
10. RAND, 2017. « Analysis of Bundled Payment | RAND ». https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR562z20/analysis-of-bundled-payment.html.
11. Shih, Terry, Lena M. Chen, et Brahmajee K. Nallamothu. 2015. « Will Bundled Payments Change Health Care? Examining the Evidence Thus Far in Cardiovascular Care ». *Circulation* 131 (24): 2151-58. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010393.
12. Siddiqi, Ahmed, Peter B. White, Jaydev B. Mistry, Chukwuweike U. Gwam, James Nace, Michael A. Mont, et Ronald E. Delanois. 2017. « Effect of Bundled Payments and Health Care Reform as Alternative Payment Models in Total Joint Arthroplasty: A Clinical Review ». *The Journal of Arthroplasty*, mars. doi:10.1016/j.arth.2017.03.027.
13. Tsiachristas, Apostolos, Carolien Dijkers, Melinde R. S. Boland, et Maureen P. M. H. Rutten-van Mölken. 2013. « Exploring Payment Schemes Used to Promote Integrated Chronic Care in Europe ». *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 113 (3): 296-304. doi:10.1016/j.healthpol.2013.07.007.
14. HCAAM. 2015. « Innovation et système de santé-document n°15 rémunération à l'épisode de soins ».
15. Veran, Olivier. 2016. « L'évolution des modes de financement des établissements de santé ».

Annexe 1 : Stratégie de recherche de littérature

La base de données Medline a été utilisée, avec les interfaces de recherche Pubmed, sciences direct, Ovid, Web of Science, EconLit. Des moteurs de recherche plus généraux comme Google Scholar ont également été consultés, la littérature grise a été étudiée grâce à Open Grey et à Google. Les références citées par les articles ont été prises en compte. Les termes ont été sélectionnés en fonction des données de la littérature en tenant compte des termes MeSH et des termes non MeSH afin d'être le plus exhaustif dans la recherche initiale. Une méthode pas à pas ascendante a été utilisée pour rendre l'équation de la plus sensible à la plus spécifique. Différents thèmes ont été identifiés comme devant apparaître obligatoirement dans l'équation et séparés par les opérateurs booléens AND et OR. Les équations utilisées dans les bases de données étaient: (*bundled payment*[Title/Abstract] OR *episode-based* OR *alternative payment*) AND (*coordinated*[Title/Abstract] OR *quality*[Title/Abstract] OR efficiency[Title/Abstract] OR *readmission*[Title/Abstract]) pour MedLine, ("bundled payment" AND experiment* AND "episode of care" AND "efficiency" AND "quality of care" AND "readmission" AND "evaluation" AND "hospital care ») pour Google Scholar, et ("bundled payment" AND experiment* AND "episode of care" AND "efficiency" AND "quality of care" AND "readmission" AND "evaluation" AND "hospital care") avec limitation aux résultats en anglais et à la période de 2005 à aujourd'hui.

Dans un premier temps les doublons étaient exclus. La sélection des articles a été réalisée selon une méthode prédéfinie : sélection selon le titre, puis confrontation des résultats, lecture des résumés, seconde confrontation des résultats, enfin ajout de certaines références citées dans les articles. Cette méthode a été suivie par deux lecteurs, les résultats étant ensuite comparés afin d'établir la liste finale des articles sélectionnés.

Méthodologie de sélection des articles pour la revue synthétique



Graphique 1 : diagramme de flux de la recherche bibliographique concernant les études d'évaluation des bundled payments au cours des 10 dernières années

Annexe 2

Tableau 1 : Type de dispositifs expérimentés dans la littérature

Dispositif	Domaine d'activité	Article/revue-Pays-Période	Éléments P4P	Groupe de contrôle	Résultats en termes d'efficience	Résultats en termes de qualité	Freins identifiés ou limites de l'étude
Épisode de soin = Hospitalisation + consultations médecin							
CardioVascular Care Providers Inc	Chirurgie cardiovasculaire	Shih-USA-1984	Non	Non	Baisse des coûts et gains de marché pour le fournisseur.	N/A	N/A
Acute Care Episode Demonstration	Chirurgie cardiovasculaire & orthopédique	Shih-USA-2009 Carter-USA-2015	Non	Oui	Baisse des coûts pour un épisode de soins (en moyenne, - 585\$)	Pas ou peu d'effets sur la qualité des soins, l'utilisation et le case mix	Augmentation des coûts post-opératoires non inclus dans l'épisode
Épisode de soin = Hospitalisation + consultations médecin + soins post-opératoires (dont ré-hospitalisations)							
Bundled Payment for Care Initiative (BPCI)	Chirurgie cardiovasculaire & orthopédique & du rachis	Siddiqi-USA-2011 Dummit-USA-(2011-2015)	Non	Oui	Baisse significative des frais d'hospitalisation - du principalement à réduction d'utilisations des soins institutionnels post-aigus	Taux de réhospitalisations et admission aux urgences à 30jours: inchangés & augmentation de la part de patients reportant un bon état de santé:	Peu d'hôpitaux volontaires, en majorité CHU. Choix des hôpitaux des conditions où dépenses de soins post-aigus importantes.
Comprehensive Care for Joint Replacement	Chirurgie orthopédique	Carter-USA-2015 Siddiqi-USA-2015	Score de qualité (satisfaction du patient + taux de complications + PROMs)	N/A	N/A	N/A	N/A
Surgical Hip and Femur Fracture	Chirurgie orthopédique	Carter-USA-2015	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Épisode de soin = Soins pré-opératoires + hospitalisation + consultations médecin + soins post-opératoires (dont ré-hospitalisations)							

ProvenCare	Chirurgie cardiovasculaire	RAND-USA-2006	Éléments de bonne pratique	Non	Baisse des coûts d'hospitalisation (-5%)	DMS inchangée ; Baisse faible et non significative du taux de ré-hospitalisations à 30 jours ; Meilleur suivi des bonnes pratiques.	Validité externe faible car système fortement intégré (opérateur= payeur) et opérations non urgentes
	Chirurgie orthopédique	Cnamts-Suède-2009	Prise en charge de la douleur et réduction des délais d'attente	Oui	Gains de productivité (16%) (plus de patients opérés par jour et durée de séjour raccourcie) ; Baisse des coûts moyens par patient (-20% sur 2 ans)	Résorption des délais d'attente et maîtrise des volumes ; Baisse du taux de complications (-18%) ; Baisse du taux de réhospitalisation (-23%)	N/A
Épisode de soin = Soins primaires multi-disciplinaires (forfait par patient)							
Bundled Payments	Diabète, démence, pathologie cardiovasculaire, BPCO	Erlar-Pays-Bas-2007 Erlar-Angleterre-(2009-2011) Tsiachristas-Pays-Bas-2010	Non	N/A	baisse des prix	N/A (mise en place d'indicateurs)	Difficultés identifiées: 'Gaming', manque de transparence, manque de réponse systématique pour la prise en charge des morbidités multiples
Capitation system for Dialysis Payment	Hémodialyse	Ponce-Portugal-(2008-2011)	Indicateurs de processus et de résultats (hospitalisations par patient-année, taux de mortalité)	Non	Baisse des coûts pharmaceutiques, réduction de la variance des coûts	Amélioration de la qualité selon les indicateurs cités	N/A
PROMETHEUS	Chirurgie orthopédique & conditions chroniques (diabète, hypertension, asthme)	Shih-USA-2006	N/A	N/A	N/A	N/A	Difficultés de la répartition de la rémunération et de la méthode de paiement et de la contractualisation avec les acteurs de soins. Retards importants de mise en place

Tableau 2 : Articles sélectionnés

Titre	Auteur	Revue	Type	Année
<u>Analysis of Bundled Payment</u>	Rand corporation	Rand corporation	technical report	2010
Association Between Hospital Participation in a Medicare Bundled Payment Initiative and Payments and Quality Outcomes for Lower Extremity Joint Replacement Episodes	Dummit et al	JAMA	Article	2016
Closing the quality gap: revisiting the state of the science (vol. 1: bundled payment: effects on health care spending and quality)	Hussey et al	Evidence Report/Technology Assessment	Revue de littérature	2012
Converting to a capitation system for dialysis payment--the Portuguese experience	Ponce et al	Blood Purification	Article	2012
Current State of Value-Based Purchasing Programs	Chee et al	Circulation	Article	2016
Effect of Bundled Payments and Health Care Reform as Alternative Payment Models in Total Joint Arthroplasty: A Clinical Review	Siddiqi et al	The Journal of Arthroplasty	Revue de littérature	2017
Exploring payment schemes used to promote integrated chronic care in Europe	Tsiachristas et al	Health Policy	Revue de littérature	2013
Health-care reforms in the USA and England: areas for useful learning	Blumenthal et al	Lancet	Article	2012
Medicare reimbursement and orthopedic surgery: past, present, and future	Carter et al	Curr Rev Musculoskelet Med	Revue de littérature	2017
Preparing primary care for the future - perspectives from the Netherlands, England, and USA	Erlor et al	Zeitschrift Fur Evidenz	Revue de littérature	2011
Will Bundled Payments Change Health Care? Examining the Evidence Thus Far in Cardiovascular Care	Shih et al	Circulation	Revue de littérature	2015