

**Cycle de Formation des Elèves Attaché d'Administration
Hospitalière**

Session 2025

04 et 05 JUIN 2025

2^{ème} EPREUVE D'AMISSIBILITE
(Durée 4 heures – Coefficient 4)

05 juin 2025

GESTION BUDGETAIRE ET FINANCIERE
CONCOURS INTERNE

Une note rédigée à partir d'un dossier, comprenant une mise en situation, permettant de vérifier l'aptitude du candidat à faire l'analyse et la synthèse d'une question relative à l'organisation et à la gestion dans le domaine sanitaire, social et médico-social

**CYCLE DE FORMATION DES ELEVES
ATTACHES D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE
SESSION 2025**

*

Gestion budgétaire et financière / interne

Sujet : 42 pages + 2 pages (page de garde + liste des pièces jointes)

« Vous êtes attaché d'administration hospitalière auprès de la direction générale au centre hospitalier de X. Votre directeur vous demande une note à caractère opérationnel concernant la réforme du financement des établissements de santé, notamment au regard des dispositions nouvelles introduites en 2024. Vous traiterez de la réforme en médecine chirurgie et obstétrique et de la situation des hôpitaux de proximité ».

IMPORTANT !

Dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages de leur document. Les pages blanches ne sont pas numérotées

Sommaire :

Décret n° 2024-1267 du 31 décembre 2024 relatif à la réforme du financement des établissements de santé	Page 1 à 6
FHF. Le point sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. La lettre LFSS 2024.	Page 7 à 12
Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Bureau Communication (R1). Financement des établissements de santé (mise à jour 09.08.24)	Page 13 à 17
WEKA éditions. Synthèse du Rapport de la Task Force « Réforme du Financement du système de santé » Remis le : 29 janvier 2019.	Page 18 à 20
L. Rachet-Jacquet, L. Rochaix, M-A. Sanchez. Revue de littérature en vue de l'expérimentation d'un nouveau mode de tarification à l'hôpital : le paiement à l'épisode de soins. Septembre 2017	Page 21 à 29
Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales - EDS	Page 30 à 34
Alice Agard, Cabinet Houdart et associés. Hôpitaux de proximité : les modalités de financement précisées	Page 35 à 36
Extrait du rapport IGAS « Financer la qualité des soins dans les établissements de santé, février 2024 (Synthèse et recommandations)	Page 37 à 42

Il y a 6 pages blanches non numérotées (pages barrées)

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES

Décret n° 2024-1267 du 31 décembre 2024 relatif à la réforme du financement des établissements de santé

NOR : TSSH2430058D

Publics concernés : établissements de santé, agences régionales de santé, caisses d'assurance maladie obligatoire, centres de santé gérés par des établissements de santé.

Objet : dispositions relatives à la réforme du financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

Entrée en vigueur : le décret entre en vigueur à compter de l'exercice 2025, à l'exception des dispositions des d, e, f et g du 31^o de l'article 1^{er} et de celles du 32^o du même article, qui entrent en vigueur à compter de l'exercice 2026.

Notice : le décret met en œuvre la réforme de financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) introduite par l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. D'une part, il actualise les références juridiques de niveau réglementaire conformément à la renumérotation de la partie législative du code de la sécurité sociale. D'autre part, il précise les modalités d'allocation des différents compartiments du modèle de financement des activités de MCO aux agences régionales de santé et aux établissements de santé, ainsi que les modalités de détermination des forfaits regroupés au sein du compartiment « missions spécifiques ». En outre, il supprime le coefficient appliqué aux tarifs et tenant compte des effets générés par les dispositifs d'allègements fiscaux et sociaux ayant pour objet de réduire le coût du travail au sein des activités de MCO et des soins médicaux et de réadaptation (SMR) et prévoit une différenciation de l'application du coefficient de pondération selon les catégories juridiques des établissements.

Le décret vise également à simplifier les modalités d'application du dispositif d'incitation au financement à la qualité (IFAQ), ainsi que le calendrier de publication des arrêtés des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP). Il prévoit, en outre, que l'ensemble des opérations des centres de santé gérés par un établissement de santé soient inscrites dans le compte de résultat prévisionnel annexe de l'établissement de santé gestionnaire. Enfin, il met en cohérence l'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la « liste en sus » SMR avec les évolutions intervenant sur celle du MCO.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 49 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024. Ce texte et les dispositions du code de la sécurité sociale ainsi que du code de la santé publique qu'il modifie peuvent être consultés, dans leur version issue de cette modification, sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu le code civil, notamment son article 1^{er} ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

Vu l'avis de la fédération de l'hospitalisation privée en date du 4 juillet 2024 ;

Vu l'avis de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires en date du 10 juillet 2024 ;

Vu l'avis de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer en date du 10 juillet 2024 ;

Vu l'avis de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile en date du 11 juillet 2024 ;

Vu l'avis de la Fédération hospitalière de France en date du 12 juillet 2024 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 4 décembre 2024 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 5 décembre 2024 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 10 décembre 2024 ;

Vu l'urgence ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1^{er}. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Aux articles R. 133-9-3, R. 162-27, R. 162-33, R. 162-33-1, R. 162-33-6, R. 162-35-3, R. 162-113, R. 163-62, R. 165-5-1, R. 165-90, R. 174-2-9 et au 1^o de l'article R. 165-49, la référence à l'article L. 162-22-6 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22-3 ;

2^o A l'article R. 133-9-3, la référence à l'article L. 162-22-18 est remplacée par une référence à l'article L. 162-23-13 ;

3^o Aux articles R. 147-3, R. 161-40, R. 162-1-11, R. 162-25, R. 162-28, R. 162-29, R. 162-31-1, R. 162-31-6, R. 162-31-7, R. 162-32-3, R. 162-33-2, R. 162-33-7, R. 162-33-22, R. 162-34-6, R. 162-37-2, R. 163-14-9, R. 174-2-2, R. 174-2-4 à R. 174-2-8, R. 174-2-10, R. 174-2-11 et R. 174-22-1, au premier alinéa de l'article R. 165-49, dans les intitulés de la section 1 du chapitre 4 du titre VII du livre I^{er}, de la sous-section 1 de cette même section, ainsi que dans l'intitulé de la section 6 du même chapitre, la référence à l'article L. 162-22-6 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22 ;

4^o Aux articles R. 147-9, R. 162-33 et R. 174-33, la référence à l'article L. 162-22-8 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22-5-2 ;

5^o L'article R. 147-9 est ainsi modifié :

a) Au *b* du 1^o, la référence à l'article L. 162-22-13 est remplacée par une référence aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 ;

b) Au *b* du 2^o, les mots : « sous réserve des dispositions du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « à l'exception des actes, produits ou prestations déjà pris en charge par une des dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

6^o Au II de l'article R. 162-22-1, les mots : « des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-9, L. 162-22-18 et L. 162-23 du présent code » sont remplacés par les mots : « du sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie afférent aux dépenses relatives des établissements de santé » et les mots : « des arrêtés fixant le montant de ces objectifs » sont remplacés par les mots : « de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année » ;

7^o A la première phrase de l'article R. 162-25, la référence au IV de l'article L. 162-22-10 est remplacée par une référence au V de l'article L. 162-22-3-1 ;

8^o L'article R. 162-33-1 est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa du 1^o est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Ces forfaits sont facturés par séance, journée, séjour ou épisode de soins.

« Les forfaits facturés par séjour ou épisode de soins peuvent être minorés ou majorés notamment en fonction de la durée de séjour ou de l'intensité des soins couverts par l'épisode. » ;

b) Au 2^o :

– au premier alinéa, le mot : « autorisée » est remplacé par les mots : « , une structure des urgences pédiatriques ou une antenne de médecine d'urgence autorisées » ;

– au troisième alinéa, le mot : « autorisée » est remplacé par les mots : « , une structure des urgences pédiatriques ou une antenne de médecine d'urgence autorisées selon les modalités mentionnées au 3^o de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique » ;

c) Au 4^o :

– au premier alinéa, le mot : « autorisée » est remplacé par les mots : « , d'une structure des urgences pédiatriques ou d'une antenne de médecine d'urgence autorisées selon les modalités mentionnées au 3^o de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique, et » ;

– le *b* est remplacé par les dispositions suivantes :

« *b*) De la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à la prise en charge spécialisée au sein d'un plateau technique spécialisé d'accès direct en application de l'article R. 6123-32-2 du code de la santé publique ; »

9^o L'article R. 162-33-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du 2^o, les mots : « de médecine d'urgence autres que gynécologiques » sont remplacés par les mots : « dispensés au sein des structures des urgences, des urgences pédiatriques et des antennes autorisées selon les modalités mentionnées au 3^o de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique » ;

b) Au 3^o, la référence au 2^o de l'article R. 162-33-1 est supprimée ;

10^o Aux articles R. 162-33-4 et R. 162-33-5, la référence à l'article L. 162-22-9 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22-1 ;

11^o Aux articles R. 162-33-5, R. 162-33-6, R. 162-33-20, R. 162-33-22 et R. 162-37-2, la référence à l'article L. 162-22-10 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22-3-1 ;

12° L'article R. 162-33-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « aux 1° et 3° du I de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1 et, le cas échéant, le coefficient géographique mentionné à l'article L. 162-22-3-3 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « et les modalités de détermination des montants des forfaits annuels et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 » sont supprimés ;

c) Le cinquième alinéa est supprimé ;

d) Au dernier alinéa :

– à la première phrase, les mots : « et les forfaits annuels » et les mots : « ainsi que les tarifs des forfaits mentionnés à l'article R. 162-33-16-1 » sont supprimés ;

– à la troisième phrase, après les mots : « différenciée par catégorie de bénéficiaires », sont insérés les mots : « et selon les catégories mentionnées à l'article L. 162-22 » ;

13° A l'article R. 162-33-6, la référence au II *bis* est remplacée par une référence au III ;

14° Aux articles R. 162-33-7 à R. 162-33-9, la référence à l'article L. 162-22-9-1 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22-3-2 ;

15° A l'article R. 162-33-8, les références aux III et IV sont remplacées par une référence au II ;

16° L'article R. 162-33-9 est ainsi modifié :

a) A la première phrase, les mots : « du forfait alloué » sont remplacés par les mots : « à verser » ;

b) A la deuxième phrase, le mot : « forfait » est remplacé par le mot : « montant » et, après les mots : « l'activité de chaque établissement », est inséré le signe : « , » ;

c) A la troisième phrase, le mot : « forfait » est remplacé par le mot : « montant » ;

17° L'article R. 162-33-15 devient l'article R. 162-33-16-2 et est ainsi modifié :

a) La référence à l'article L. 162-22-8-1 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22-5-3 ;

b) Au premier alinéa du V, les mots : « de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « des dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 à l'exception de celle mentionnée à l'article L. 162-22-5-3 » ;

18° Les paragraphes 4 et 5 de la sous-section 4 de la section 5 du chapitre 2 du titre VI du livre I sont abrogés ;

19° Dans l'intitulé du paragraphe 6 de la sous-section 4 de la section 5 du chapitre 2 du titre VI du livre I, les mots : « aux articles L. 162-22-8-1 et L. 162-22-12 (articles R. 162-33-16 à R. 162-33-16-1) » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-22-5-3 » (articles R. 162-33-16 à R. 162-33-16-2) » ;

20° L'article R. 162-33-16 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 162-33-16. – Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-33-4, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, pour l'année en cours, les éléments relatifs à la valorisation des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-5-2 dans le respect du montant de la dotation mentionnée au 3° de l'article L. 162-22-2.

« A cet effet, les montants de ces forfaits annuels sont fixés en tenant compte, notamment :

« 1° De la part, dans le montant fixé au titre des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-5, affectée aux dotations mentionnées aux articles L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-3 et au 1° de l'article L. 162-22-8-2 ;

« 2° Des prévisions d'évolution pour l'année en cours du volume de chacune des activités mentionnées à l'article L. 162-22-5-2, à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

« 3° Le cas échéant, de la structure des coûts propres à ces activités ;

« 4° De l'impact de l'application des coefficients géographiques mentionnés au 2° du I de l'article L. 162-22-3-3 sur les forfaits des établissements des zones concernées ;

« 5° Pour les établissements de santé bénéficiaires, des effets induits par les dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux. La liste de ces dispositifs est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La prise en compte de ces effets s'opère par l'application d'un coefficient dont la valeur est différenciée par catégorie de bénéficiaires et selon les catégories d'établissements mentionnées à l'article L. 162-22. » ;

21° L'article R. 162-33-16-1 est ainsi modifié :

a) La référence à l'article L. 162-22-6-2 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22-5-1 ;

b) Au second alinéa du III, la référence à l'article L. 162-22-6 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22-3 ;

c) Au second alinéa du IV, les références à l'article L. 162-22-6 sont remplacées par des références à l'article L. 162-22 ;

22° Dans l'intitulé du paragraphe 7 de la sous-section 4 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I, les mots : « à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (articles R. 162-33-17 à R. 162-33-19) » sont remplacés par les mots : « aux dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 (articles R. 162-33-17 à R. 162-33-18) » ;

23° L'article R. 162-33-17 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 162-33-17.* – Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-33-4, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :

« 1° Les montants afférents aux dotations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 162-22-2 ;

« 2° Le montant des dotations régionales relatives aux objectifs territoriaux et nationaux de santé publique mentionnées à l'article L. 162-22-4, à l'exception du montant des financements définis à l'article L. 162-23-15 ;

« 3° Le montant des dotations régionales visant à financer les missions spécifiques et les actions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-22-5. » ;

24° L'article R. 162-33-18 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 162-33-18.* – Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-33-17, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, dans le respect du montant de ses dotations régionales :

« 1° Le montant des dotations relatives aux objectifs de santé publique mentionnées à l'article L. 162-22-4 ;

« 2° Le montant des dotations visant à financer les missions spécifiques, les actions et les prises en charges mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 162-22-5.

« Ces dotations sont versées en douze allocations mensuelles. » ;

25° L'article R. 162-33-19 est abrogé ;

26° Le II de l'article R. 162-33-22 est supprimé ;

27° Au deuxième alinéa de l'article R. 162-34-1, les deuxième et troisième phrases sont remplacées par deux nouveaux alinéas ainsi rédigés :

« Ces forfaits sont facturés sur la base des tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-23-4 par séance, journée, séjour ou épisode de soins.

« Les forfaits facturés par séjour ou épisode de soins peuvent être minorés ou majorés notamment en fonction de la durée de séjour ou de l'intensité des soins couverts par l'épisode. » ;

28° Le II de l'article R. 162-34-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « et les montants des forfaits annuels mentionnés au 5° de cet article » sont supprimés ;

b) Le quatrième alinéa est supprimé ;

c) Au cinquième alinéa, devenu le quatrième, après les mots : « différenciée par catégorie de bénéficiaires », sont insérés les mots : « et selon les catégories d'établissements mentionnées à l'article L. 162-22 » ;

29° Le VI de l'article R. 162-34-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la ou les indications d'une spécialité pharmaceutique sont radiées de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 en application des dispositions de l'article R. 162-37-4, cette spécialité pharmaceutique est inscrite, à l'initiative des ministres de la santé et de la sécurité sociale et conformément au II de l'article R. 162-34-12, sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6 à compter de la date de radiation, sous réserve qu'elle respecte les conditions prévues au présent article. » ;

30° A l'article R. 162-35-4, les mots : « de l'article L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

31° L'article R. 162-36-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, » sont insérés les mots « pour l'année en cours, » ;

b) Le 1° est complété par les mots « au titre de l'année précédente » ;

c) Au 2°, les mots : « à l'alinéa précédent mesure au cours de l'année civile considérée » sont remplacés par les mots : « au 1° » ;

d) Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° Pour les établissements exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22, de l'activité réalisée, ou des recettes d'assurance maladie perçues, au cours de l'année civile précédente. » ;

e) Le 4° est supprimé ;

f) Au sixième alinéa, les mots : « par groupe de comparaison et » sont supprimés ;

g) Le septième alinéa est supprimé ;

32° Le III de l'article R. 162-36-3 est ainsi modifié :

a) Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° Pour les établissements exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22, de l'activité réalisée par les établissements de santé au cours de l'année civile précédant l'année considérée ou des recettes d'assurance maladie perçues. » ;

b) Le 3° est supprimé ;

33° L'article R. 174-34 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dotations régionales mentionnées aux 2° et 3° de l'article R. 162-33-17 n'incluent pas les dotations attribuées au service de santé des armées. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « objectifs de santé publique et la liste des missions spécifiques et des aides à la contractualisation mentionnées respectivement aux 2° et 3° de l'article L. 162-22-2 » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « missions d'intérêt général » sont remplacés par les mots : « objectifs de santé publique et les missions spécifiques » et les mots : « de la dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation est arrêté, dans les conditions prévues à l'article R. 162-33-16 du présent code et dans le respect de la dotation nationale mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-22-13, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du ministre de la défense » sont remplacés par les mots : « des dotations mentionnées au 1° de l'article R. 162-33-17 du présent code sont arrêtées, pour le service de santé des armées, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du ministre chargé de la défense » ;

d) Le quatrième alinéa est supprimé ;

34° Au premier alinéa de l'article R. 174-36, les mots : « Les forfaits annuels, la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 et la dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » sont remplacés par les mots : « Les dotations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 162-22-2, à l'exception des financements définis à l'article L. 162-23-15, ».

Art. 2. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Aux articles R. 6111-49, R. 6133-10, R. 6133-11, R. 6133-13, R. 6161-37, R. 6161-38, R. 6161-43, la référence à l'article L. 162-22-6 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22 ;

2° Le I de l'article R. 6113-57 est ainsi modifié :

a) Au 1°, la référence à l'article L. 162-22-6 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22 ;

b) Au 2°, la référence à l'article L. 162-22-6 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22-3 ;

3° L'article R. 6133-30 est ainsi modifié :

a) Au 6°, les mots : « Missions d'intérêt général mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « Missions spécifiques et actions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale » ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 11° Objectifs territoriaux et nationaux de santé publique mentionnés à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale » ;

4° Au 6° de l'article R. 6145-12, les mots : « au premier alinéa de » sont remplacés par le mot : « à » ;

5° L'article R. 6145-36 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence à l'article L. 162-22-10 est remplacée par une référence à l'article L. 162-22-3-1 ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « 1° et 3° de l'article L. 162-22-8-2 et aux articles L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 ».

Art. 3. – Le présent décret entre en vigueur à compter de l'exercice 2025, à l'exception des dispositions des *d*, *e*, *f* et *g* du 31° de l'article 1^{er} et de celles du 32° du même article, qui entrent en vigueur à compter de l'exercice 2026.

Art. 4. – La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, le ministre des armées, le ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins, et la ministre auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargée des comptes publics, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et qui entrera en vigueur immédiatement sous réserve des exceptions fixées à son article 3.

Fait le 31 décembre 2024.

FRANÇOIS BAYROU

Par le Premier ministre :

*La ministre du travail, de la santé,
des solidarités et des familles,*

CATHERINE VAUTRIN

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*
ÉRIC LOMBARD

Le ministre des armées,
SÉBASTIEN LECORNU

*La ministre auprès du ministre de l'économie,
des finances et de la souveraineté industrielle
et numérique, chargée des comptes publics,*
AMÉLIE DE MONTCHALIN

*Le ministre auprès de la ministre du travail,
de la santé, des solidarités et des familles,
chargé de la santé et de l'accès aux soins,*
YANNICK NEUDER



LA LETTRE LFSS 2024

LE POINT SUR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024

LETTRE #3

2

LES PRINCIPAUX ARTICLES CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Réforme des financements médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)
des établissements de santé selon 3 compartiments

Article 49 de la LFSS (ex-article 23 du PLFSS)

Cet article introduit un nouveau modèle de financement pour les établissements de santé, en revenant sur le caractère central de la tarification à l'activité du champ MCO et en amplifiant encore la part de financement par dotations ou sans lien direct avec l'activité, tant pour les missions de soins qu'au titre d'objectifs de santé publique, tout en s'attachant à préserver les acquis positifs de la prise en compte de l'activité réelle des établissements dans leur financement. Ainsi, un des objectifs est de réduire la part financée par la T2A.

■ FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DES 3 COMPARTIMENTS (ANNEXE 9 PLFSS)

FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ	DOTATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE	DOTATION SUR MISSIONS SPÉCIFIQUES
Tarifs (échelle tarifaire revue)	- Dotations actuelles correspondant à des objectifs de santé publique issues des enveloppes MIGAC ou FIR - Financement à la qualité issus principalement d'IFAQ et CAQES - Nouveaux objectifs de santé publique	- MERRI - Les activités de recours et d'expertise - Les aides à la contractualisation - Forfaits (MCR, FAI, Greffes-PO) - Dotation Populationnelle Urgences - Les dotations « socles » (urgence, soins critiques - nouveau) - Soins non programmables (nouveau)

Le financement à l'activité étant un des trois compartiments, la réforme doit à ce titre s'accompagner **d'une poursuite des travaux sur la cohérence de l'échelle des tarifs vis-à-vis de l'échelle des coûts.**

L'introduction d'un financement mixte par T2A et dotation pour certaines activités de soins aigus ou pour certaines prises en charge sera notamment mobilisé pour les activités de soins critiques. Ainsi, en **s'articulant avec la réforme des régimes d'autorisations**, une des premières étapes de ce nouveau modèle de financement est celle d'un financement mixte des soins critiques avec, d'une part, une dotation modélisée sur les capacités d'accueil des établissements et, d'autre part, un financement à l'activité.

Pour l'année 2024, en préfiguration de la future architecture de financement, cette réforme aura pour conséquence directe le **développement de mesures dédiées à la coordination des parcours ainsi qu'aux dispositifs de prise en charge de populations vulnérables** pour un coût de 12 M€.

■ IMPACT SUR LES ACTEURS DE LA SANTÉ (ANNEXE 9 PLFSS)

La mesure proposée n'implique que des évolutions limitées des dépenses de santé. « Néanmoins, les changements de modèles de financement qu'elle induit auront des conséquences au niveau de chaque établissement de santé (conséquences favorables ou défavorables). Chaque nouveau modèle de financement sera donc élaboré en étroite collaboration avec les fédérations sur la base de simulations précises ».

Avec la mise en place de financements mixtes qui réduisent la part de rémunération à l'activité, les ARS verront leurs outils de pilotage de l'offre de soins renforcés dans leur dimension financière. Le modèle de financement proposé est conçu pour que les actions prioritaires à mener et la définition des objectifs de santé publique à prioriser laissent une large marge de manœuvre aux ARS, au-delà des financements qui abondent le FIR. A contrario, il importe que la transparence et la lisibilité de l'attribution des financements soient de nature à donner confiance aux acteurs, que les actions soient évaluées et la gestion par les ARS simplifiée.

■ CALENDRIER DES TRAVAUX ET D'ENTRÉE EN VIGUEUR DES DIFFÉRENTES MESURES PRÉVUES (ANNEXE 9 PLFSS)

L'application du nouveau modèle de financement se fera à compter du **1^{er} janvier 2025**. L'année 2024 sera mise à profit pour finaliser les travaux techniques (définition des modèles et simulations) ainsi qu'à la production des textes d'application nécessaires à l'entrée en vigueur de la réforme. L'année 2024 permettra également d'accompagner les différentes parties prenantes (principalement ARS et établissements de santé) dans l'appropriation du modèle de financement et de ses conséquences.

	2023	2024	2025	2026
	S2	S1 S2	S1 S2	S1 S2
Modèle général	Création des compartiments en LFSS	Évolution bases ARS + nomenclature comptable	Mise en place des compartiments santé publique et missions spécifiques	
Financements mixtes : socles + activités	Travaux modèle réanimation	Application à blanc réanimation	Application pour la réanimation	
		Travaux modèle soins intensifs	Application soins intensifs	
Soins non programmables	Finalisation modèle	Concertation et application à blanc	Application dotation soins non programmables	
Objectifs de santé publique	Conception modèle de financement sur obj. de santé publique	Évolution sur modèle IFAQ	Mise en place dans quelques territoires	Généralisation
			Application nouveau modèle financement qualité / pertinence	
Application des tarifs au 1^{er} janv	Travaux pour avancer le calendrier de calcul des tarifs		Nouvelle procédure de calcul des tarifs pour 2026	Tarif T2A et TNJ au 1 ^{er} janvier
HAD Radiothérapie Dialyse Soins palliatifs		Conception / concertation nouveaux modèles	Application progressive HAD	Application progressive Radioth. / Dialyses / Soins pall.
				Prolongation du dispositif de sortie de GF

I Prolongation du dispositif de sécurisation modulée à l'activité

L'article prévoit la prolongation des modalités dérogatoires de financement des établissements en MCO pour 2024 et 2025. L'article consacre ainsi la prolongation du dispositif durant deux années, sans en préciser les modalités concrètes qui relèvent du cadre de la campagne budgétaire.

Mesures intégrées dans l'article 49

(après adoption en lecture définitive à l'Assemblée nationale)

La prise en charge des prestations d'hospitalisation peut être assurée par des forfaits déterminés en fonction de la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients. La prise en charge **forfaitaire** s'applique aux activités de **traitement du cancer par radiothérapie** et aux activités de **traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale** (la mention « *au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2026* » est précisée dans l'amendement).

Parcours coordonnés renforcés : inscription dans le droit commun de certaines expérimentations « article 51 »

Article 46 de la LFSS (ex-article 22 du PLFSS)

■ CRÉATION D'UN CADRE GÉNÉRIQUE (ANNEXE 9 DU PLFSS 2024)

La mesure vise à créer **un cadre générique** permettant de mettre en place des parcours coordonnés renforcés, adaptables aux besoins du patient, s'appuyant sur des structures porteuses et reposant sur un paiement collectif forfaitaire. Ce dispositif pourra se déployer entre **la ville, l'hôpital et le secteur médico-social**.

Cette mesure reconnaît à l'équipe et à la structure coordinatrice la capacité de pouvoir adapter le parcours grâce à la fongibilité du forfait qui doit permettre de financer une communauté de professionnels et leurs interventions en s'adaptant, dans un cadre prédéfini, aux besoins de chaque patient. Ainsi, pour chaque parcours validé, **une enveloppe financière par patient sera déterminée par arrêté, avec une répartition qui sera modulable en fonction des besoins de chaque patient**. L'arrêté définira également une liste de professionnels de santé ou d'autres professionnels (psychologues, intervenants en activité physique adaptée, médiateurs en santé...) pouvant participer à la prise en charge des patients dans le cadre du parcours et recevoir des financements à ce titre.

Ensuite, des structures se déclareront auprès des ARS pour les mettre en œuvre. Chaque **structure organisera le parcours** en répertoriant les professionnels impliqués et en assumant notamment la fonction de coordination. **Le paiement de chaque acteur intervenant dans ce parcours coordonné renforcé sera ensuite réalisé directement par la caisse**.

Par ailleurs, cette mesure permet également d'inscrire en droit commun l'accès à des **prestations d'activité physique** adaptée à des fins d'appui thérapeutique dans le cadre de parcours de santé (notamment en cas de pathologie chronique).

Selon l'annexe 9 du PLFSS 2024, le coût pour l'Assurance maladie est estimé à 16 M€ en 2024, 21M€ en 2025, 42M€ en 2026 et 84M€ en 2027. Une partie de ces dépenses se substitue à des dépenses déjà engagées par l'Assurance maladie pour la prise en charge de ces patients.

La mesure fera l'objet de plusieurs textes d'application :

- Un décret déterminant les modalités pratiques encadrant le déploiement des différents parcours qui sera publié début 2024 ;
- Des arrêtés propres à l'inscription dans le droit commun de chaque parcours : les arrêtés suivront le rythme des différentes échéances des expérimentations.

Une enveloppe spécifique sera créée dans le 5^{ème} sous-objectif de l'ONDAM pour faciliter le suivi du déploiement et des montants alloués.

I Prévention en santé

Article 47 de la LFSS (ex-article 22 bis du PLFSS)

La prévention devient un objectif à part entière du dispositif d'innovation en santé (« article 51). Il concerne le financement, l'organisation et les compétences de structures œuvrant en faveur de la prévention en santé (ex : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, centres de vaccination...).

I Régulation de la permanence des soins dentaires (expérimentation « article 51 » généralisée)

Article 51 de la LFSS (ex-article 24 du PLFSS)

Les chirurgiens-dentistes peuvent assurer la régulation de la permanence des soins dentaires au sein des centres de réception et de régulation des appels des SAMU Centre-15.

Selon l'annexe 9 du PLFSS 2024, le coût pour l'Assurance maladie est estimé à 2,65M€ en 2024 et à 5,3M€ en 2025, en 2026 et en 2027.

I Les autres mesures : l'offre de soins

Article 50 de la LFSS (ex-article 23 bis du PLFSS)

Expérimentation afin d'accompagner le **développement de la prise en charge en hospitalisation à domicile des patients nécessitant des traitements médicamenteux systémiques du cancer**. Il s'agit d'une expérimentation pour une durée de trois ans. Des **établissements de santé** peuvent être autorisés à percevoir une rémunération forfaitaire pour la mise à disposition d'une expertise et l'appui à la prise en charge dans le cadre d'un adressage vers une hospitalisation à domicile.

I Les autres mesures : les ressources humaines / retraite

Article 95 de la LFSS (ex-article 40 ter du PLFSS)

Cet article permet de mieux prendre en compte, au titre de la retraite, la pénibilité à laquelle sont exposés les agents contractuels de la fonction publique.

Article 94 de la LFSS (ex-article 40 bis du PLFSS)

Cet article concerne l'extension aux fonctionnaires de la possibilité de racheter des trimestres d'études supérieures jusqu'à leur quarantième anniversaire.

3

LES PRINCIPAUX ARTICLES CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Dans le cadre du Chapitre IV relatif au renforcement des politiques de soutien à l'autonomie, sept articles ont été adoptés (**articles 79 à 86**), notamment :

I Expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance des EHPAD et USLD

Article 79 de la LFSS (ex-article 37 du PLFSS)

L'expérimentation d'un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie au sein des EHPAD et USLD est prévue pour une durée de quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2025, dans vingt départements volontaires. Ce forfait fera l'objet d'un financement par des crédits relevant de la branche autonomie ou de l'Assurance maladie, via une tarification réalisée par les ARS.

Selon l'annexe 9 du PLFSS 2024, selon l'hypothèse d'une montée en charge de la réforme (10 départements en 2025, 5 en 2026 et 5 en 2027), le coût de cette mesure est estimé à 4,5 M€ en 2025 (sur 12 mois) et 6,75 M€ en 2026 et 9 M€ en 2027.

| Création d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce
| pour les enfants en situation de handicap

Article 83 de la LFSS (ex-article 38 du PLFSS) : cf. partie 5 page 15

Financement des établissements de santé

mise à jour 09.08.24

Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux Professionnels

La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés.

Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses.

Les modes de financements antérieurs

Jusqu'en 2003, les établissements de santé connaissaient des modes de financements différents selon leur nature juridique.

Les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) étaient dotés depuis 1983 d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative - appelée dotation globale (DG).

Celle-ci était calculée en fonction du nombre de journées et reconduite, chaque année, sur la base de l'exercice précédent, modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières.

Une très faible part du budget faisait l'objet d'une négociation entre tutelle et établissement et la situation, figée en 1983, perdurait dans le temps.

Les établissements de santé privés à but lucratif, quant à eux, facturaient directement à l'assurance maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunérations des professionnels de santé libéraux), sur la base de tarifs historiques, variables géographiquement et négociés avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Les forfaits de prestations étaient encadrés par des objectifs quantifiés nationaux (OQN) visant à assurer une régulation du financement par rapport à l'activité.

Ces établissements bénéficiaient, donc, d'ores et déjà de paiements à l'activité, sur la base de tarifs régionaux variables et non sur celle d'un tarif national unique.

La montée en charge de la tarification à l'activité

La disparité créée entre les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif (établissements dits ex DG) d'une part, les établissements privés à but lucratif d'autre part, rendait plus complexes les dispositifs de contrôle des financements et difficile toute comparaison des coûts entre les 2 secteurs.

La loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU permit le lancement d'une expérimentation, à compter du 1er janvier 2000 et pour une durée de 5 ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés, basés sur une tarification à la pathologie.

Cet objectif a été repris en 2002 dans le plan « Hôpital 2007 ».

Depuis, la T2A constitue le mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics (ex DG) et des établissements privés (ex OQN).

Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes.

Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des GHS / GHM.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (GHM) auquel est associé un (ou parfois plusieurs) « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

Toutefois, le mécanisme de montée en charge de la réforme a été conçu de façon différente pour le secteur privé (ex OQN) et le secteur public (ex DG). En effet, lors de la mise en place de la réforme, il a été choisi de prendre en compte les règles de gestion spécifiques de chaque secteur, afin de leur permettre de s'adapter du mieux possible au nouveau dispositif.

S'agissant du secteur public, la mise en place depuis 1983 d'une dotation globale (DG) annuelle a pesé sur le choix d'un mode de transition différent.

Ainsi, il a été décidé de maintenir une part de dotation annuelle résiduelle, complétée par la valorisation des données d'activités produites par le PMSI. Cette valorisation de l'activité s'est opérée d'année en année de façon croissante : 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et 100% en 2008.

Cela a conduit au maintien, en parallèle, d'une dotation annuelle complémentaire (DAC), faisant effet « d'amortisseur ».

Recettes x valorisation de l'activité + dotation résiduelle (DAC) = recettes de l'établissement

S'agissant du secteur privé, le passage à la réforme a été géré par l'application d'un coefficient de transition qui devra atteindre la valeur 1 en 2012 afin, qu'à cette date, l'ensemble des tarifs régionaux soit aligné sur le tarif national.

Tarif national x coefficient de transition de l'établissement = tarif de l'établissement

Le passage à 100% de la part tarifée à l'activité dans le secteur public

Afin d'ajuster au mieux le dispositif aux besoins et aux attentes des établissements, le mécanisme de montée en charge de la T2A dans le secteur ex-DG est aligné sur celui du secteur privé depuis le 1er janvier 2008. Les activités de MCO sont valorisées à 100% des tarifs et la DAC est supprimée.

Le passage à 100% devant comporter un « amortisseur », un coefficient de transition est appliqué de manière modulée à chaque établissement.

Concrètement, l'établissement devait disposer au 1er janvier 2008 du même montant de recettes que celui dont il aurait disposé dans le dispositif auparavant en vigueur (c'est-à-dire un montant de recettes composé d'une part issue de l'application des tarifs et d'une DAC). Pour répondre à cette exigence, un mécanisme de coefficient de transition a été mis en place, permettant de prendre en compte l'impact du passage à 100% T2A et assurant à l'établissement le maintien de son niveau de recettes.

Ce coefficient spécifique est calculé pour chacun des établissements.

Le dispositif de convergence intra-sectorielle, inscrit dès la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2004, se poursuit. Pour chaque établissement, un taux de convergence est appliqué au coefficient de transition depuis le 1er mars 2008.

L'application de la T2A à 100% emportera son plein effet en 2012, les coefficients de convergence devant tendre vers la valeur 1.

Les conséquences de la campagne tarifaire 2008 pour les établissements de santé

L'entrée en vigueur de la campagne tarifaire 2008, au 1er mars de la même année, a produit des effets liés à deux processus précédemment évoqués :

- le passage à 100% de la part tarifée, fondée sur l'activité réelle des établissements, lève le frein, pour les plus dynamiques d'entre eux, à l'essor de leur volume d'activité et les incite à développer plus encore leur champ d'action ;
- les coefficients de convergence tendent progressivement vers 1 au vu de la situation financière de l'établissement : une augmentation si l'établissement est « sous doté », une diminution si l'établissement est « sur doté ».

Cette **convergence intra-sectorielle** assure l'équité dans le financement des établissements de santé : une pathologie = un tarif unique. Elle les incite à maîtriser davantage leurs coûts, par le biais notamment d'une meilleure organisation et d'une recherche d'efficience.

Quant à la **convergence intersectorielle** (entre le secteur public et le secteur privé), dont le principe est également inscrit dans la loi, sa mise en œuvre est conditionnée à une exacte connaissance des écarts de coûts entre les 2 secteurs.

Le maintien d'autres sources de financements

Un nombre important de missions assurées par les établissements ex DG est financé par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne (MIGAC), dont les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).

Ces financements concernent en fait les activités difficilement identifiables par patient (actions de prévention, dépistage, par exemple) ou nécessitant une permanence quel que soit le niveau effectif d'activité (SAMU, centres anti-poison, équipes mobiles de liaison, par exemple).

Ces missions sont clairement identifiées et rémunérées par établissement, d'après une liste nationale.

Certaines activités spécifiques telles les urgences, la coordination des prélèvements d'organes et les greffes font l'objet d'un financement forfaitisé.

Les coûts fixes de ces activités sont financés par des forfaits annuels (près d'un milliard d'euros par an pour l'ensemble).

Certains médicaments onéreux et dispositifs médicaux sont pris en charge en sus des tarifs de prestations.

Ces listes font l'objet de mises à jour régulières, par arrêté du ministre en charge de la santé et sur recommandations du conseil de l'hospitalisation.

L'administration des molécules onéreuses et la pose des dispositifs médicaux doivent répondre à des référentiels de bonnes pratiques, dans le cadre de contrats de bon usage.

La poursuite des travaux pour ajuster encore davantage le modèle T2A au plus près des activités et des missions des établissements

Une importante réforme des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) est effective depuis 2008.

Elle a eu pour objet, au-delà d'un socle de base, de répartir les financements en tenant compte d'indicateurs simples : nombre de publications (issu du logiciel SIGAPS déployé dans les établissements), nombre d'étudiants hospitaliers, nombre de brevets et de logiciels déposés lors des 5 dernières années.

Une évolution conséquence de la classification des séjours est opérationnelle depuis 2009, avec la mise en œuvre d'une version 11 qui constitue la 3ème grande étape de l'adaptation de la classification des GHM à la T2A.

Entrée en vigueur le 1er mars 2009, la V11 permet d'améliorer de manière significative l'homogénéité des GHM et, par ailleurs, de valoriser plus justement les séjours les plus lourds.

La nouvelle classification introduit 4 niveaux de sévérité par racine de GHM, portant le nombre total de GHM de 800 à 2 300, avec pour objectif de mieux hiérarchiser la valorisation des séjours en fonction de leur lourdeur.

Par ailleurs, des ajustements sont réalisés en permanence en fonction des besoins remontés par les fédérations hospitalières et les professionnels de santé.

Ces ajustements réguliers ont pour finalité d'améliorer ce qui a été fait jusqu'à présent dans le dispositif d'allocation des ressources et d'aller plus loin dans l'efficacité, la transparence et l'équité.

On citera notamment les derniers travaux réalisés sur les réanimations adulte et pédiatrique ou encore la surveillance continue.

La mise en place progressive de la T2A aux champs non pris en compte actuellement

Les soins de suite et de réadaptation (SSR)

L'extension du modèle T2A au champ des SSR nécessite de disposer d'une nouvelle classification ainsi que d'une nouvelle échelle nationale des coûts (ENC), afin d'asseoir les tarifs sur des bases solides et fiables.

Elle suppose par ailleurs la détermination de la séquence de soins la plus appropriée (séjour, semaine, journée ou modèle mixte). Ces pré-requis conduisent à une mise en œuvre d'un modèle cible en 2011, voire 2012 (en terme de disponibilité des données).

Des travaux sont cependant en cours pour mettre en œuvre dès que possible un modèle de transition.

La psychiatrie

L'extension du modèle T2A au champ de la psychiatrie est en cours d'étude. Des travaux sont menés afin de dresser l'ossature du futur modèle d'allocation qui devrait, comme pour les autres champs, être de type mixte (compartiment activités, compartiment MIG, liste de produits remboursables en sus...).

Cependant, cette discipline présente beaucoup de spécificités notamment en termes d'atomisation des structures, d'organisation territoriale, de poids des soins ambulatoires, de juxtaposition et de chevauchement des modes de prise en charge. De plus, les établissements sont globalement insuffisamment équipés en logiciels pour bien tracer et déclarer les différents types d'activité.

Un effort tout particulier a été porté en 2007 sur la montée en charge du nouveau recueil d'activité, le résumé d'information médicale en psychiatrie (RIM-P). Il permet de disposer depuis 2009 de données plus robustes, rendant possible le lancement d'une ENC spécifique.

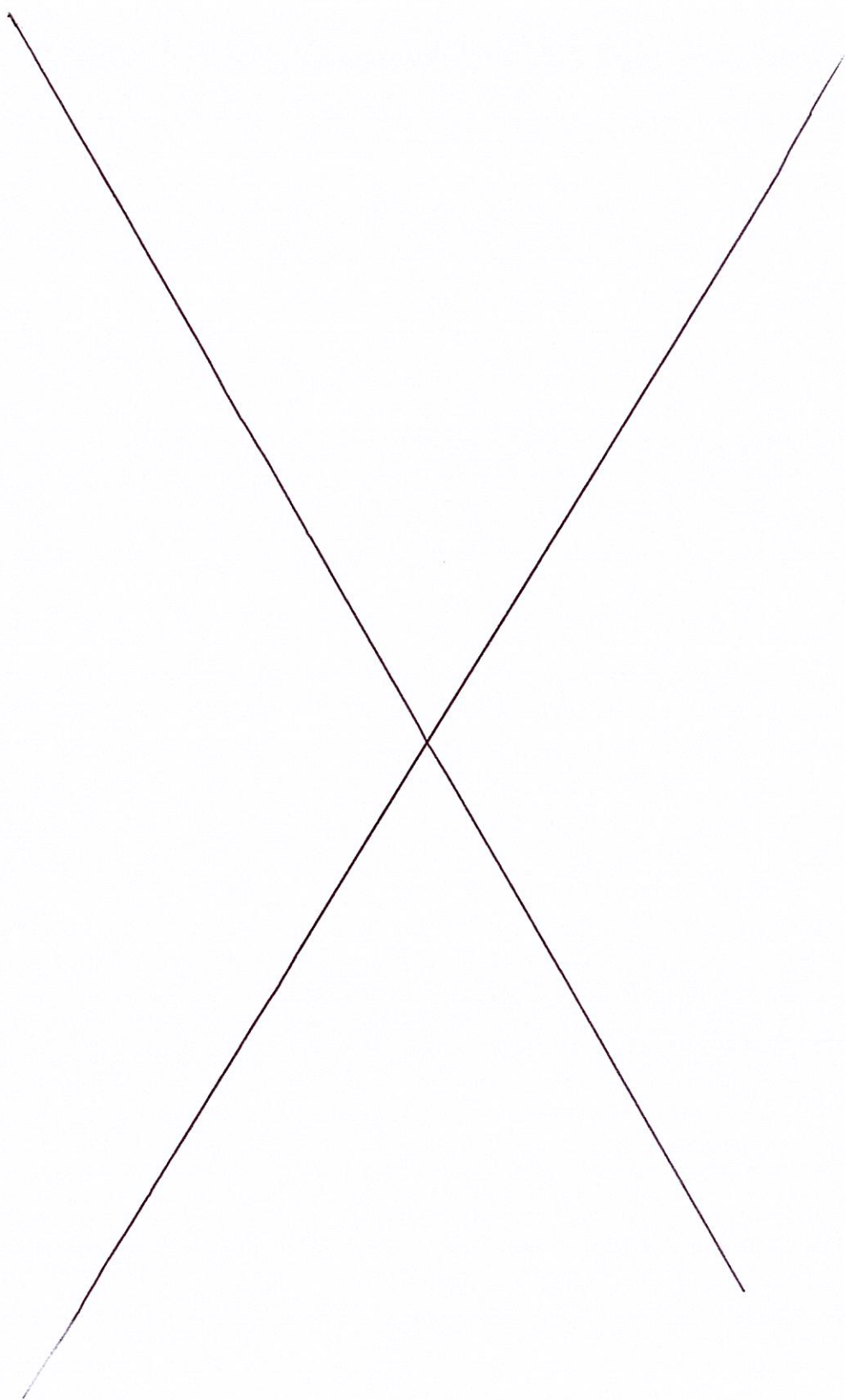
Les hôpitaux locaux

L'extension du modèle T2A aux hôpitaux locaux est en cours d'étude, sachant que ces établissements ont une importance fondamentale en termes de maillage du territoire et concernent à la fois les activités de médecine et les SSR.

Source :

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Bureau Communication (R1)
14 avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP

Courriel : DGOS-R1[[@](mailto:DGOS-R1@sante.gouv.fr)]sante.gouv.fr



Vers un modèle de paiement combiné pour tous les acteurs du système de santé ?

Hôpital Patient Politiques publiques Soins

Publié le 11 février 2019 à 7h38, mis à jour le 11 février 2019 à 7h38 - par Rédaction Weka

La Task Force « Réforme du financement du système de santé » vient de remettre à la ministre des Solidarités et de la Santé son rapport intitulé « Réformes des modes de financement et de régulation ».

Après un premier rapport intermédiaire rendu en juillet 2018, la Task Force « Réforme du financement du système de santé » a remis le 29 janvier 2019 son rapport final à la ministre des Solidarités et de la Santé. Intitulé « Réformes des modes de financement et de régulation », celui-ci s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée en février 2018 par le Premier ministre et Agnès Buzyn. À partir des constats dressés au cours de ses neuf mois de travail, la Task Force propose « une vision cible de ce que pourrait être le modèle de financement du système de santé à moyen terme ». Parmi d'autres leviers, celui du financement est « essentiel pour favoriser la transformation du système de santé et permettre de réorienter celui-ci vers les besoins des patients », pose d'emblée le rapport. Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement reposant principalement sur une tarification à l'activité favorisant la quantité de soins produits, très variable selon les secteurs de prise en charge. C'est le cas, notamment, dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers de médecine, chirurgie et obstétrique. Les autres secteurs sont financés par des modèles plus divers reposant sur des enveloppes, dont les niveaux sont souvent largement établis sur des bases historiques, ou sur des prix de journée, rappelle la Task Force.

Ces modes de financement assurent globalement la productivité de chaque acteur et sa réactivité par rapport aux besoins immédiats des patients. « Ils ne permettent, en revanche, ni de discriminer la qualité offerte, ni d'assurer au bénéfice du patient une coordination efficace entre les acteurs, ni même de s'assurer de la productivité globale du système de santé par une répartition efficace des activités et le partage de l'information », pointe le rapport. Pour la Task Force, la réforme du financement doit donc répondre à quatre enjeux principaux. À savoir :

- Favoriser, avec la progression continue des maladies chroniques, le suivi au long cours des patients ;
- Accroître globalement le niveau de qualité des prises en charge et, en particulier, améliorer la pertinence des soins en réduisant les soins inadéquats ou inutiles ;
- Maintenir la réactivité du système tout en responsabilisant les acteurs sur leurs pratiques ;

- Créer les conditions de la transformation de l'offre de santé pour répondre à des besoins par nature évolutifs, en prévoyant notamment d'expérimenter de nouveaux modèles d'organisation de manière permanente.

« Il n'existe pas un modèle de financement unique qui permettrait, à lui seul, d'inclure l'ensemble des objectifs poursuivis », prévient le rapport. En revanche, « des modalités de paiement combinées peuvent permettre une réponse plus adaptée à la diversité des besoins des patients et favoriser les nécessaires transformations du système de santé », est convaincue la Task Force. Et de préciser que ces modes de paiements combinés existent déjà dans de nombreux pays et ont commencé à être établis en France, notamment pour le financement des soins réalisés par les médecins généralistes. Pour introduire plus généralement ces modalités de paiement combinées, le rapport remis à Agnès Buzyn suggère de mobiliser deux méthodes de manière concomitante :

- Le droit commun par la modification des règles en vigueur pour tous les acteurs ;
- L'expérimentation via l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avec les acteurs volontaires.

Selon la Task Force, ces deux méthodes sont complémentaires et doivent permettre d'accélérer la mise en œuvre des réformes. Le droit commun peut permettre de poser le cadre et les premiers jalons d'évolutions à court et moyen terme ; les modalités les plus complexes ont, quant à elles, vocation à être testées et proposées par les acteurs eux-mêmes au travers de démarches expérimentales. « Généraliser le paiement combiné à l'ensemble des acteurs a pour objectif d'aligner leurs incitations et de favoriser leur coopération au service des besoins du patient et d'une amélioration des résultats de santé, plaident les auteurs du rapport. Si l'objectif global pour les établissements de santé est de parvenir à 50 % de financement à l'activité, les proportions relatives de chacune des modalités de paiement décrites ci-dessous ont toutefois vocation à varier selon les secteurs, afin de prendre en compte leurs spécificités ».

La Task Force préconise ainsi de combiner cinq modalités de paiement

Le paiement au suivi

Celui-ci peut prendre la forme de forfaits de prise en charge avec un suivi d'indicateurs de qualité pour s'assurer de l'amélioration des résultats. L'objectif de cette modalité est d'inciter les professionnels à se focaliser sur la prévention et sur les résultats de santé obtenus, bien plus que sur le nombre d'actes ou de séjours réalisés, en leur donnant plus de souplesse dans le choix des modalités de prise en charge, indique le rapport. Selon lui, ce type de paiement est particulièrement adapté aux pathologies chroniques puisqu'il favorise un suivi au long cours, orienté sur les résultats obtenus pour le patient et la prévention des complications.

Le paiement à la qualité et à la pertinence

Il répond à une double nécessité, estime la Task Force. La première est de faire une place plus importante aux résultats pour les patients et de pouvoir ainsi garantir à chacun une prise en charge de qualité. En particulier, la prise en compte des résultats rapportés par les patients doit permettre d'inciter les professionnels à considérer systématiquement la qualité ressentie par les patients. La seconde nécessité est que les soins réalisés soient pertinents et donc centrés

sur l'intérêt du patient. Le paiement à la qualité et à la pertinence a ainsi vocation à « devenir un compartiment de financement à part entière pour améliorer les résultats du système de santé ». Cette modalité de paiement devra progressivement concerner l'ensemble des structures et des professionnels.

Le paiement pour la structuration du service

Ce mode de paiement doit permettre d'organiser l'offre et de favoriser l'accès aux soins et la réponse aux besoins des populations sur les territoires, explique le rapport. On trouve de multiples applications à cette modalité de financement, qui a vocation à faire intervenir le niveau régional pour répondre aux besoins particuliers de chaque territoire (dotation populationnelle pour répondre à la demande de soins psychiatriques ; dotation socle pour des activités structurantes au niveau territorial...).

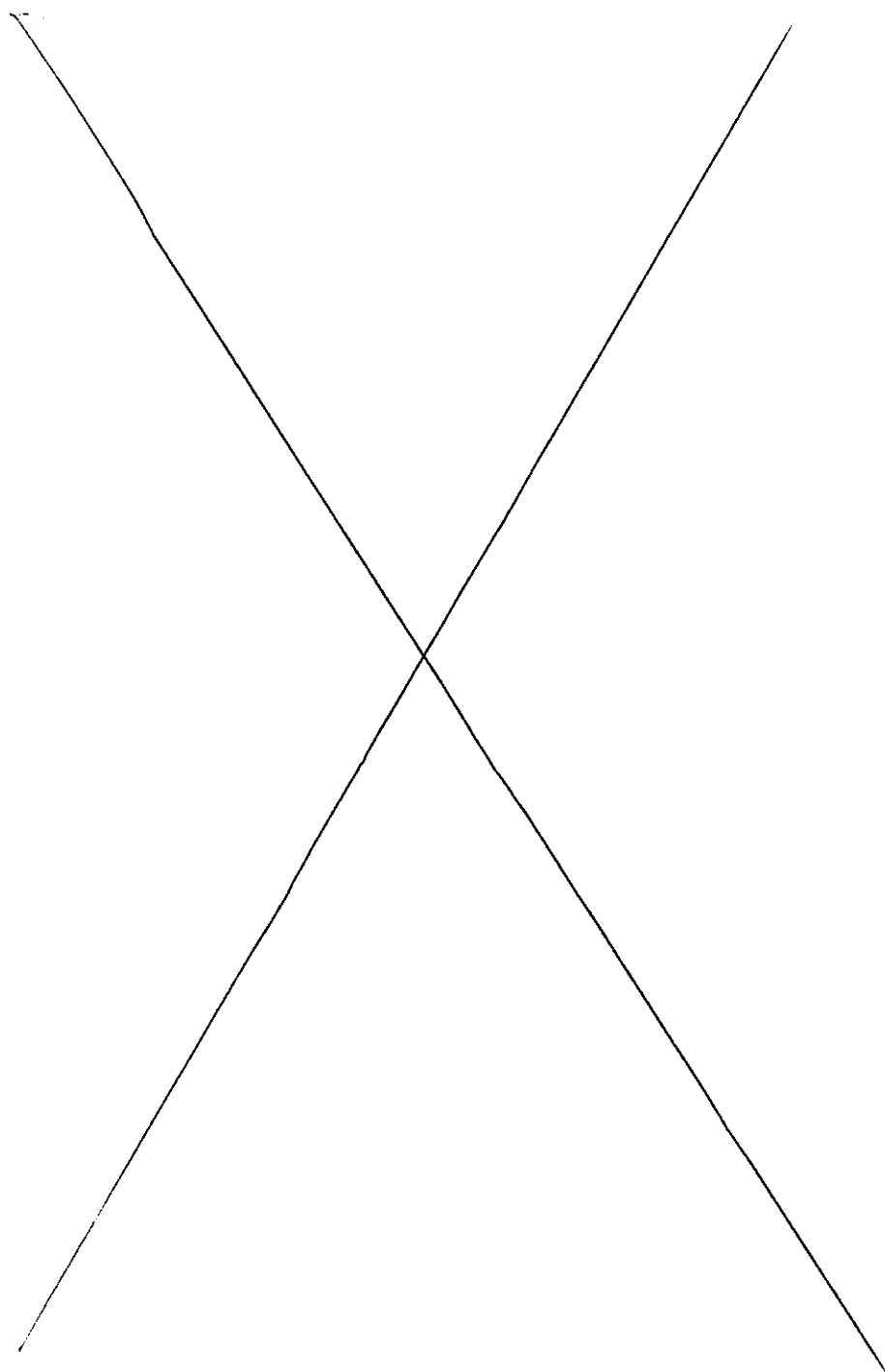
Le paiement à la séquence de soins

Il correspond à ce que les anglo-saxons dénomment « bundled payment » ou paiement groupé. Il s'agit de rémunérer conjointement une séquence de soins (intervention/rééducation par exemple) à des acteurs qui, aujourd'hui, sont financés séparément. « Ce type de paiement requiert que les acteurs œuvrent conjointement sur la qualité et la pertinence de la prise en charge du patient et qu'ils s'accordent sur la meilleure répartition du financement commun », précise le rapport.

Le paiement à l'acte et au séjour

Ce mode de paiement demeurera demain une modalité importante du financement, assure la Task Force. En effet, celui-ci garantit la réactivité globale du système et continue à être la modalité la plus adéquate pour les épisodes uniques de soins, qui représentent environ 55 % des séjours hospitaliers. « Cette modalité de paiement doit toutefois évoluer pour favoriser plus directement la pertinence et la diffusion de l'innovation dans le système de santé ».

La Task Force recommande que l'ensemble de ces évolutions soient mis en œuvre dans le cadre d'un travail de co-construction avec les patients, les professionnels du secteur de la santé, les parlementaires et l'ensemble des régulateurs.



**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 reconduction 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 Nallamotheu 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 Vêran. 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 (Erler 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 œuvre 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 Etats-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 œuvre 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 évaluable 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).

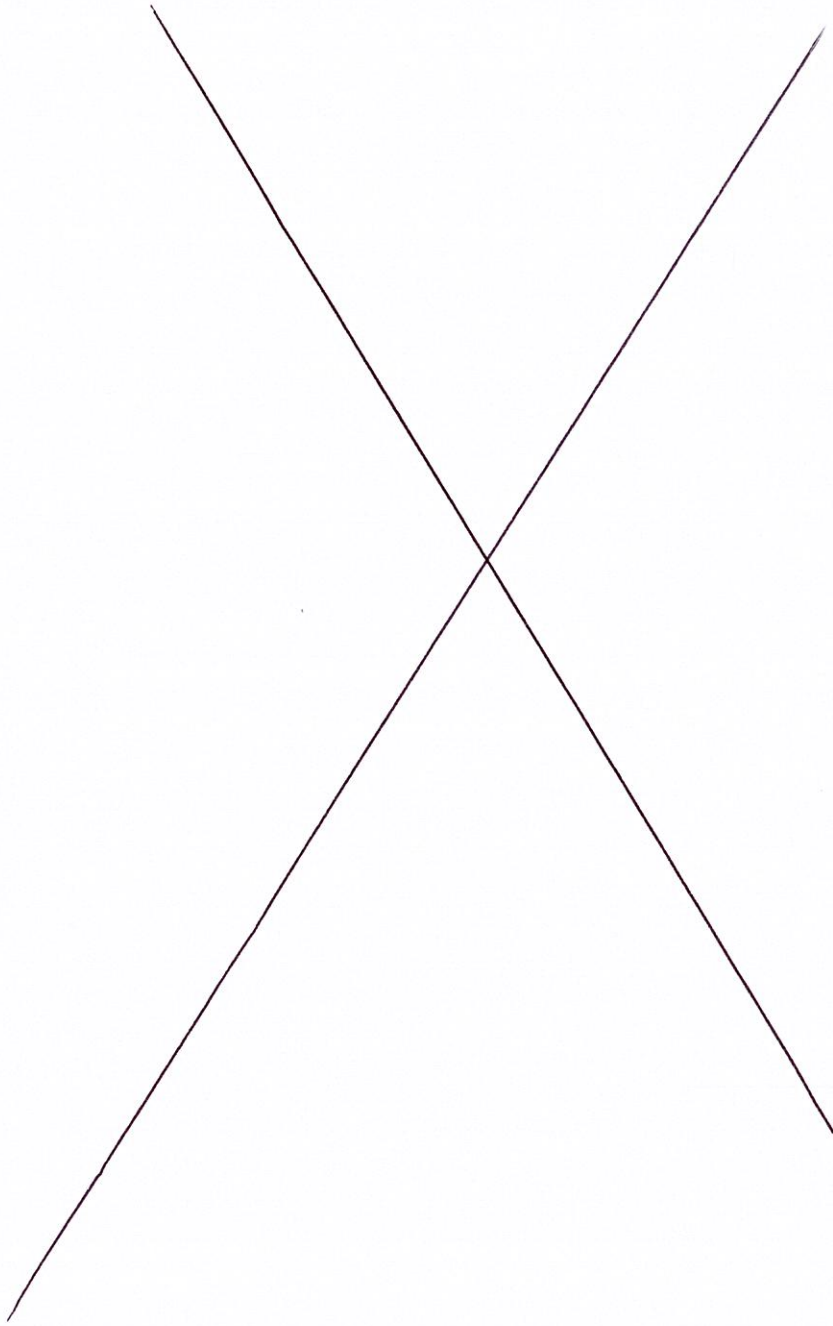
Le choix des pathologies repose in fine sur la priorisation des objectifs entre 1) amélioration de la qualité de la prise en charge, notamment recherchée via une meilleure coordination des professionnels de santé et des secteurs de soins, et 2) gains d'efficacité dans la prise en charge de pathologies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



Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales - EDS

mise à jour **13.03.25**

Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux Professionnels

La direction générale de l'Offre de soins, du ministère en charge de la Santé, et l'Assurance maladie, ont lancé, le 17 juillet 2019, l'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins (EDS) chirurgical pour la colectomie pour cancer, la prothèse totale de hanche et la prothèse totale de genou. 27 établissements se sont engagés à mener cette expérimentation dès septembre 2019, qui repose sur une logique de volontariat pour tester un paiement forfaitaire à l'épisode de soins chirurgical pour ces prises en charge.

Une seconde vague d'expérimentateurs, sélectionnés dans le cadre d'un [appel à candidature](#), a été lancée le 1er janvier 2020. 43 établissements participent actuellement à l'expérimentation EDS.

Le paiement à l'épisode de soins, c'est quoi ?

Le cadrage

Actuellement, plusieurs modalités de financement coexistent (soins de ville, secteur hospitalier, secteur médico-social). À l'heure où les parcours de santé se mettent progressivement en place pour assurer une prise en charge globale des patients quel que soit le professionnel concerné, cette approche segmentée des financements atteint ses limites.

L'article 51 de la LFSS pour 2018 (Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale) a mis en place un cadre générique d'expérimentation pour l'innovation du système de santé visant à expérimenter des organisations innovantes faisant appel à des modes de financements et d'organisations inédits, permettant de décroïsonner le système de santé français et d'inciter à la coopération entre les acteurs. Ces expérimentations ont également un objectif d'efficience et de meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des soins. Elles doivent concourir à améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, les parcours des usagers, notamment via une meilleure coordination des acteurs, l'efficience du système de santé et l'accès aux prises en charge (prévention, sanitaire et médico-sociales).

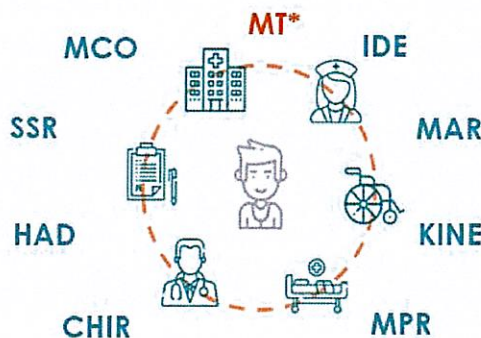
Il s'agit de tester de nouvelles approches puisque ce dispositif permet de déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social.

C'est dans ce cadre que le ministère en charge de la Santé (DGOS) et l'Assurance Maladie, ont lancé, le 17 juillet 2019, l'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins (EDS) chirurgical pour la

colectomie pour cancer, la prothèse totale de hanche et la prothèse totale de genou. Ces prises en charge ont été choisies au regard de ce qui a été expérimenté à l'étranger mais aussi car elles comprennent des volumes importants, concernent les établissements ex-DG et ex-OQN et sont à forts enjeux de coordination et d'amélioration des soins.

La mise en place d'un paiement à l'épisode de soins chirurgical (comprenant, dans un périmètre défini, l'amont, le séjour hospitalier et l'aval), en établissant un **forfait globalisé** de l'ensemble des prestations réalisées par **les acteurs impliqués dans la prise en charge**, poursuit un objectif d'amélioration de l'efficacité et de la qualité des prises en charge, grâce notamment à une organisation intégrée fondée sur les bonnes pratiques de prise en charge et une meilleure coordination ville-hôpital.

Une prise en charge pensée dans sa globalité :



**Le MT n'étant pas en charge de la continuité des soins chirurgicaux à la sortie du patient, ses consultations ne sont pas incluses dans le périmètre forfaitaire EDS. Cependant, son activité doit se coordonner avec celle de l'équipe hospitalière afin d'optimiser le parcours de soins du patient.*

Les cahiers des charges EDS ont fait l'objet d'un travail de co-construction pendant 10 mois avec **25 établissements autorisés à la chirurgie (pour 29 sites géographiques)** sélectionnés dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt. Parmi ces établissements, 11 structures ont participé aux travaux d'élaboration du cahier des charges pour la colectomie pour cancer et 17 pour les prises en charges orthopédiques, issues de 10 régions (ARA, BFC, Bretagne, GE, HDF, IDF, NA, Normandie, Occitanie, PACA) et représentatives en termes de statut (CH/CHU, CLCC, ESPIC, Privés lucratifs et HIA). Ces structures ont pu apporter leurs avis, propositions et expertise.

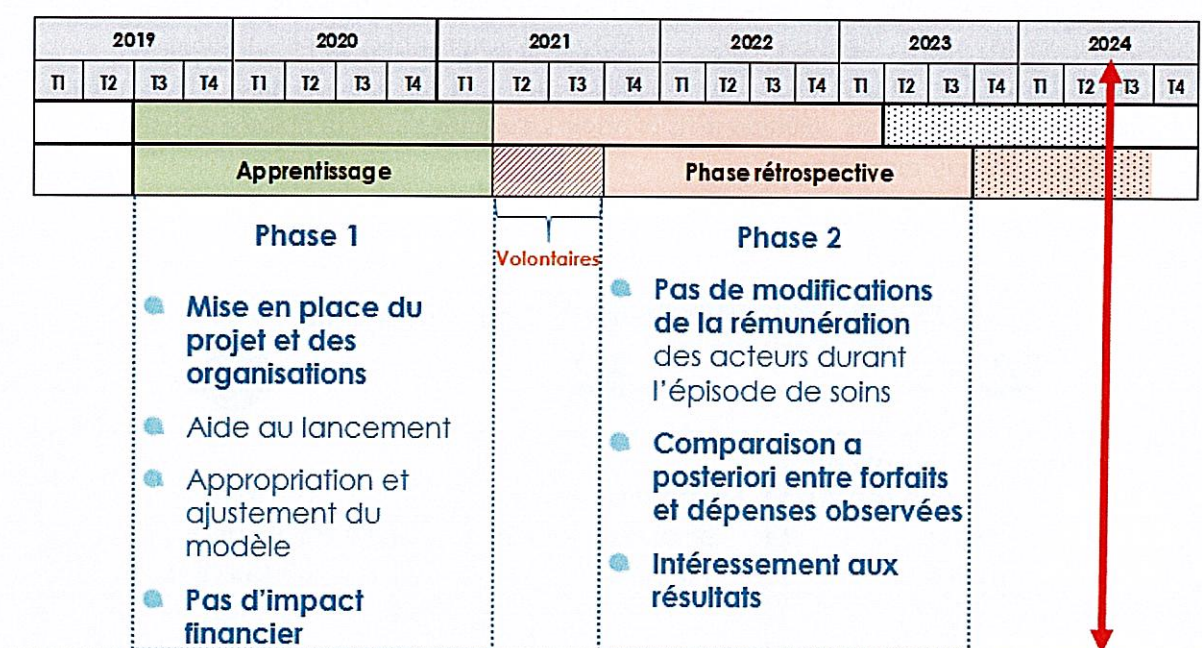
L'expérimentation repose sur une logique de volontariat pour tester un paiement forfaitaire à l'épisode de soins chirurgical pour la colectomie pour cancer, la prothèse totale de hanche et la prothèse totale de genou.

La mise en œuvre

Initialement constituée de 3 phases, les perturbations engendrées par la crise COVID sur l'activité chirurgicale ont imposé un glissement du calendrier de l'expérimentation EDS. Ainsi, sa mise en œuvre se déroulera en 2 grandes phases :

Une phase d'apprentissage : 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 et de lancer la mise en œuvre des projets organisationnels.

Dans le cadre de l'expérimentation, il est envisagé que le paiement des bonus et la récupération des malus soient gérés par l'Assurance Maladie, sur la base d'une identification par l'établissement réalisant le séjour chirurgical de l'ensemble des acteurs participant à l'EDS (acteurs de ville, SSR...). Les acteurs reçoivent un bonus *si leur résultat économique est positif* et sous réserve de l'atteinte d'un *seuil qualité* minimum. Le malus, plafonné, **peut seulement être repris pour les établissements ayant réalisé l'intervention chirurgicale du séjour inaugural**, à compter de la 3ème année d'expérimentation et sous réserve des résultats observés.



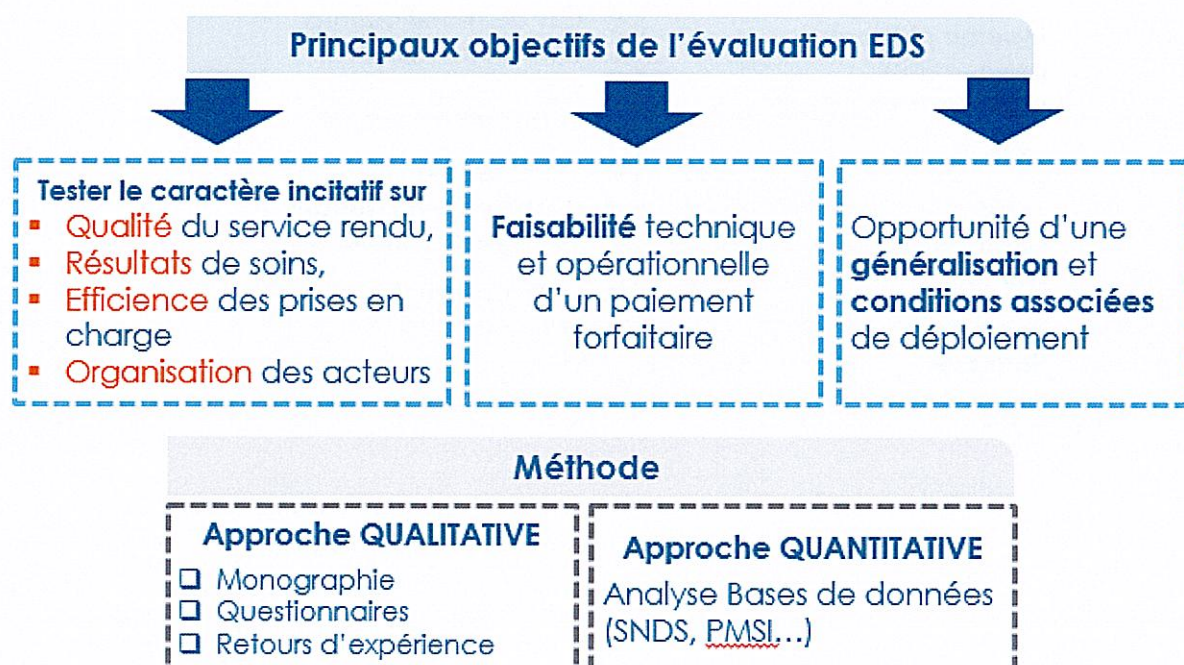
32

Les objectifs

L'amélioration de la qualité, de la pertinence, de la sécurité et de l'efficacité des soins sont les principaux objectifs poursuivis par cette expérimentation. Afin de suivre l'atteinte de ces objectifs, des indicateurs de processus, de moyens et de résultats ont été définis conjointement avec la Haute autorité de santé (HAS) et les participants à la co-construction de l'expérimentation. Plusieurs objectifs sont poursuivis par ces indicateurs : mesurer la qualité et la pertinence de la prise en charge et leur évolution, mesurer l'impact de l'expérimentation sur la prise en charge des patients, prendre en compte les retours des patients, contribuer à évaluer la faisabilité et la robustesse d'un financement à l'épisode de soins.

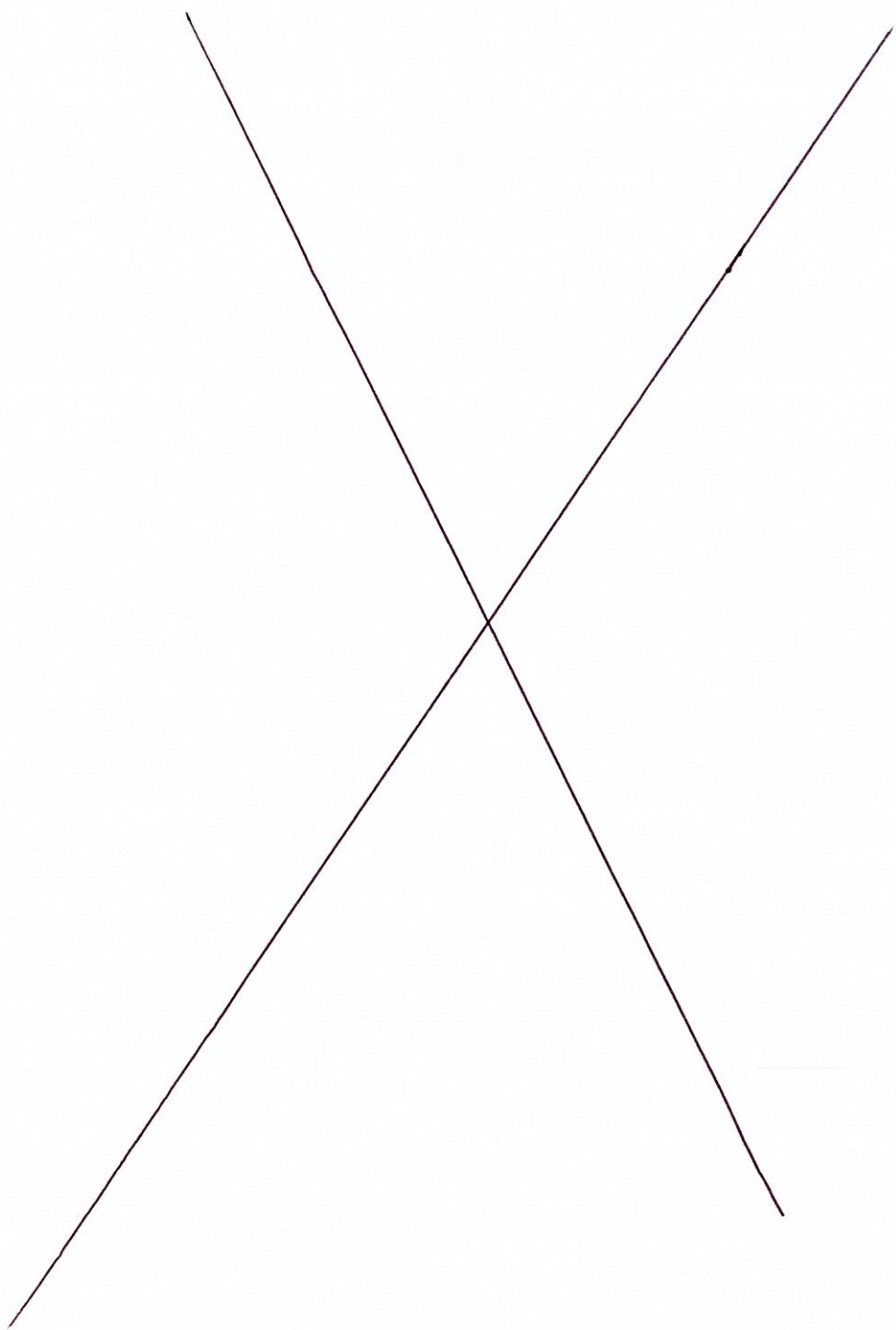
L'évaluation

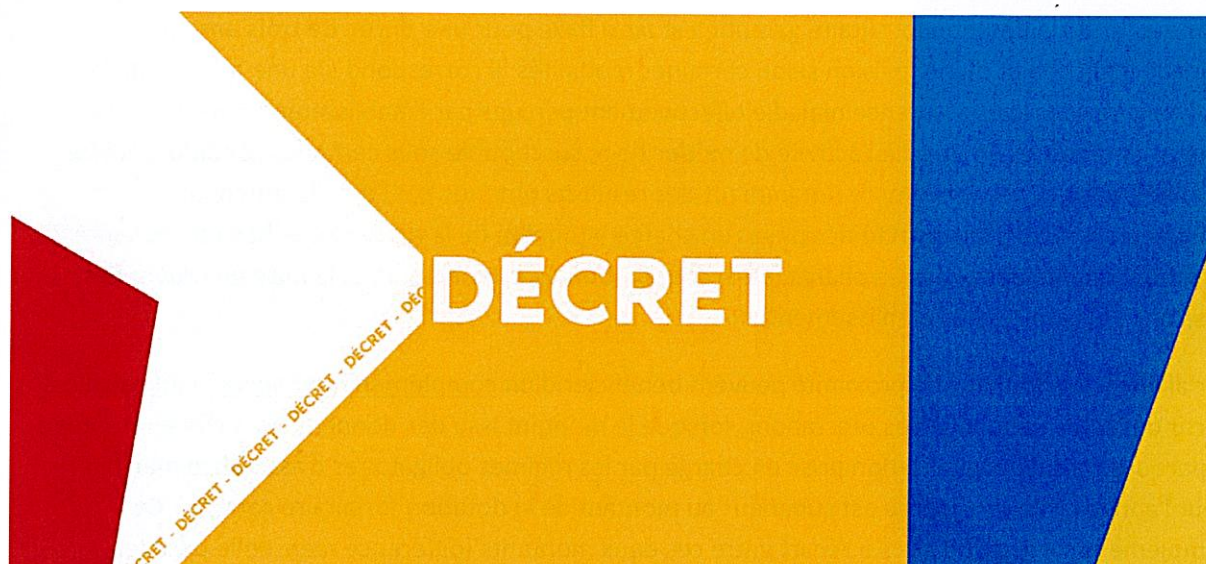
Une évaluation des projets d'expérimentation entrant dans le dispositif article 51 est prévue par la loi. S'agissant de l'évaluation de l'expérimentation du paiement à l'épisode de soins, celle-ci est nationale et réalisée durant toute la durée de l'expérimentation par un consortium d'évaluateurs indépendants issus de plusieurs institutions (Sciences Po Paris, EHESP, Paris School of Economics, CNRS) et sélectionnés à l'issue d'un appel d'offres. Une évaluation intermédiaire du modèle, du financement et des premiers résultats (médicaux, opérationnels et retours d'expérience) sera réalisée à l'issue des 3 premières années d'expérimentation.



L'expérimentation

L'expérimentation a débuté dès 2019 avec 26 sites géographiques volontaires ayant participé aux travaux de co-construction, dont 7 pour l'ensemble des prises en charge. Une seconde vague d'expérimentateurs a été lancée en janvier 2020 avec 21 sites géographiques sélectionnés dans le [cadre d'un appel à candidature](#), dont 3 pour l'ensemble des prises en charge. C'est au total 46 sites géographiques de tous statuts juridiques (CH, CHU, HIA, CLCC, Privés lucratifs et privés non lucratifs) sur 11 régions qui ont été sélectionnés pour participer à l'expérimentation.





hôpitaux de proximité : les modalités de financement précisées

Article rédigé par Alice Agard

Houdart et associés - Avocats

Décret n° 2022-168 du 11 février 2022 relatif au financement des hôpitaux de proximité

Un décret paru au Journal Officiel du 13 février a permis de définir les modalités de **financement dérogatoires applicables aux hôpitaux de proximité**.

Les deux piliers de leur financement sont posés par le premier article : une dotation forfaitaire garantie (avec le cas échéant, un complément de financement) et une dotation de responsabilité territoriale.

– S’agissant de la garantie pluriannuelle de financement, dénommée « dotation forfaitaire garantie » :

Son montant est fixé par le directeur général de l’ARS et « correspond à une fraction de la moyenne des recettes perçues par l’établissement au cours des deux années précédant l’année civile considérée afférentes à la part des frais d’hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d’assurance maladie au titre des soins » (à l’exception de l’activité d’HAD). Un arrêté est venu fixer cette fraction.

A noter toutefois, « en cas de variation significative attendue du niveau et de la structure de l’activité de l’établissement », le directeur général de l’ARS peut modifier le montant de la dotation forfaitaire garantie. Il peut également l’augmenter lorsqu’il est inférieur au montant fixé par les ministres chargés de la santé.

Quant aux établissements venant d’obtenir une autorisation de médecine, le montant est fixé par référence aux hôpitaux de proximité présentant un niveau et une structure d’activité de médecine similaires ou à défaut, par référence au montant fixé par le ministère.

Le montant de la dotation forfaitaire garantie est ainsi fixée pour une **durée de trois ans**, à l'issue de laquelle il fait l'objet d'une révision selon certaines modalités. Il correspond « à une fraction de la moyenne des recettes assurance maladie effectivement perçues par l'établissement lors des trois années antérieures au titre de l'activité de médecine », susceptible sous certaines conditions d'être modifié par l'ARS, tenant compte notamment des résultats obtenus par l'établissement aux indicateurs « relatifs à la qualité des prises en charge » (qualité de la réponse aux besoins de santé du territoire, qualité des prises en charge, de la coopération avec les acteurs et la mise en œuvre des missions obligatoires de l'établissement).

Par ailleurs, les hôpitaux de proximité peuvent bénéficier d'un complément de financement calculé à partir des tarifs nationaux des prestations, lorsque le montant issu des données d'activité afférentes à la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour l'année civile considérée est supérieur au montant de la dotation forfaitaire garantie. Ce complément correspond alors à l'écart entre ces deux montants (différence mensuelle pour les hôpitaux publics et privés non lucratifs, annuelle pour les cliniques commerciales) et permet de bénéficier du versement de la dotation de mise en réserve.

– S'agissant de la dotation de responsabilité territoriale :

Outre le financement des missions des hôpitaux de proximité, et l'indemnité versée aux praticiens libéraux, elle contribue à différentes charges (liées à la mise en place et au fonctionnement des consultations de spécialités ; au développement ou au maintien des plateaux techniques d'imagerie ou de biologie ; à l'achat des outils de télésanté et leurs coûts de fonctionnement).

Son montant est **également fixé pour trois ans** et comprend une part fixe, identique pour tous les hôpitaux de proximité et une part variable, déterminée par le directeur général de l'ARS « en fonction de la réalisation, par l'établissement, des missions et activités obligatoires ».

Durant cette période, le montant de la dotation de responsabilité territoriale ne peut être modifié qu'en cas de « modification significative dans la réalisation des missions et activités obligatoires ou de radiation ». Le renouvellement du montant à l'issue des trois ans se fait dans les mêmes conditions. L'établissement bénéficie également d'un complément de financement en fonction des résultats obtenus sur les mêmes indicateurs de qualité.

Les dispositions finales du décret précisent que le montant des dotations pour chaque région est arrêté par les ministres chargés de la santé chaque année avant le 15 avril, l'ARS disposant ensuite de 15 jours pour arrêter les montants pour chaque établissement concerné.

Par dérogation, pour l'année 2022, « la référence calendaire pour la détermination du montant de la dotation forfaitaire garantie est l'année 2021 », en tenant compte des effets induits par les dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux en 2022. De nouveaux montants seront fixés en cas d'actualisation des listes régionales avant le 1er septembre.

Financer la qualité des soins dans les établissements de santé : un levier pour redonner du sens aux soignants

FÉVRIER 2024
2023-082R

Isabelle
Benoteau

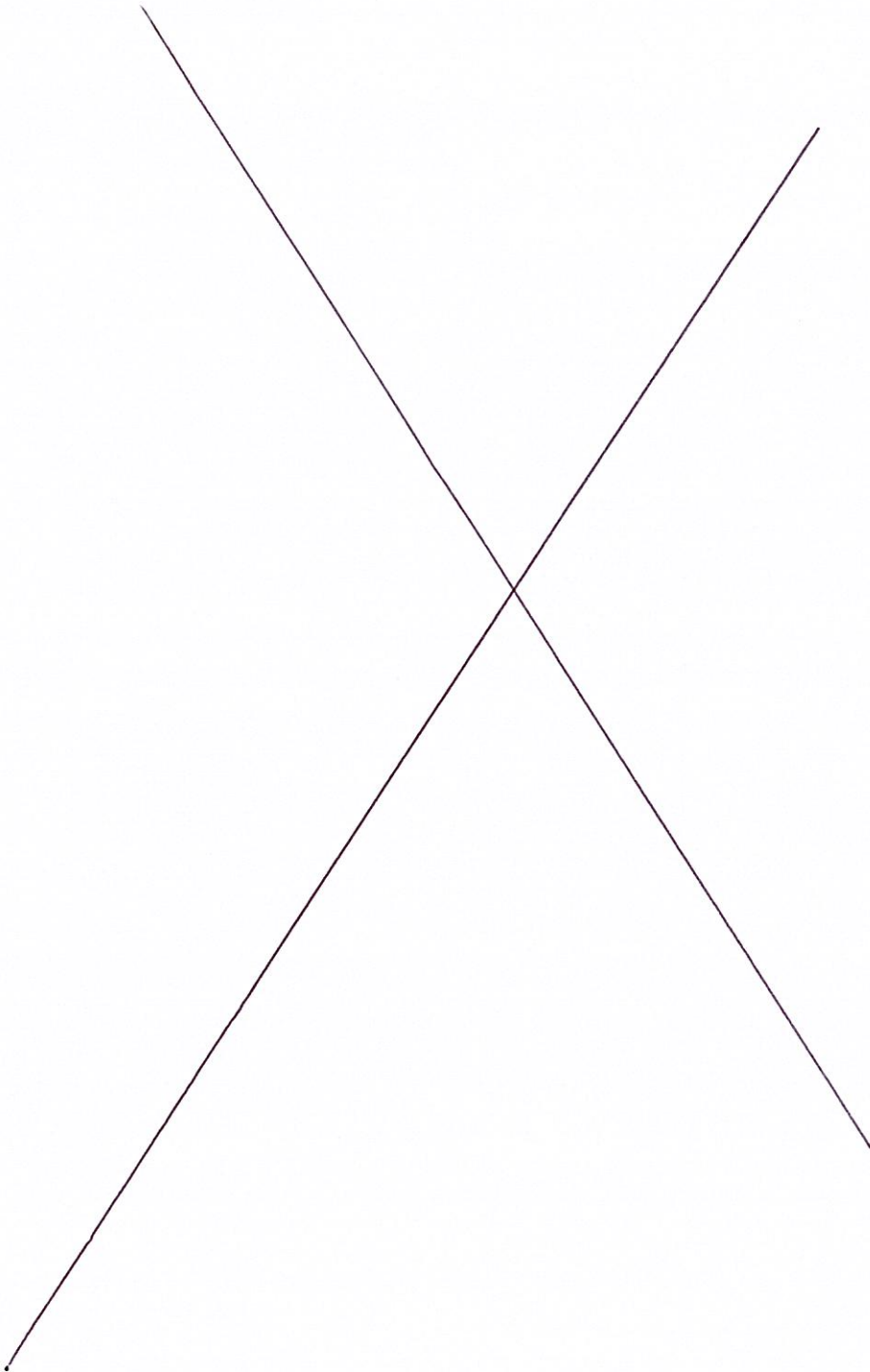
Véronique
Guillermo

Pierre
Ricordeau

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



Suivez-nous sur LinkedIn



SYNTHÈSE

[1] Par lettre de mission en date du 21 août 2023, le ministre de la Santé et de la Prévention a saisi l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) d'une mission de préfiguration de la refonte des dispositifs de financement à la qualité des établissements de santé. Cette mission s'inscrit dans la suite directe de la mission Igas-IGF d'appui à la DGOS, dont les conclusions ont servi à construire le cadre de la réforme inscrit à l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Aux côtés des compartiments de rémunération à l'activité et de financement des missions et sujétions particulières vient s'ajouter un nouveau compartiment de rémunération sur « objectifs de santé publique ». C'est dans ce nouveau compartiment que les financements à la qualité s'inscrivent désormais.

[2] Le financement à la qualité des établissements de santé a été introduit en 2012 avec l'expérimentation d'une Incitation financière à la qualité des soins (Ifaq). Généralisée en 2016 à tous les établissements du champ « médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO), y compris l'hospitalisation à domicile (HAD), cette incitation financière a par la suite été étendue aux établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et récemment aux centres psychiatriques. Dans le cadre du programme *Ma santé 2022*, les enveloppes consacrées à l'Ifaq ont été progressivement augmentées de 50 M€ à 700 M€ en 2022, avec une perspective de cible à 1 Md€. Le dispositif, financé par un prélèvement sur la dotation de financement à l'activité, a alors été transformé de manière à bénéficier à la quasi-totalité des établissements. En parallèle, des valorisations financières à la qualité ont été progressivement introduites dans certains domaines (financement des urgences et des hôpitaux de proximité, forfait pour la prise en charge des maladies rénales chroniques), et plusieurs expérimentations ont été menées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018.

[3] Bien que la littérature économique soit mitigée quant à l'impact des incitations financières sur le niveau de qualité des soins, le principe d'un signal financier sur la qualité est défendu par les acteurs hospitaliers pour soutenir la démarche managériale indispensable au déploiement d'une politique qualité.

[4] En pratique, le dispositif Ifaq souffre cependant de nombreux défauts qui en limitent considérablement la portée. Son articulation aux autres leviers de la qualité manque de clarté, faute d'un cadre national sur la qualité du système de santé. Malgré les efforts des dernières années, la politique qualité se caractérise en effet par une juxtaposition de dispositions réglementaires non nécessairement articulées entre elles, des politiques disjointes en matière de sécurité et de pertinence des soins, ainsi qu'une grande dispersion des acteurs administratifs compétents conduisant à une gestion parallèle des différents secteurs de l'offre de soins.

[5] L'outil lui-même manque d'efficacité. D'une grande complexité, il ne permet pas aux établissements d'anticiper le résultat de leurs efforts sur la dotation, ni de comprendre aisément les déterminants de l'évolution de la dotation une fois celle-ci connue. Fondé principalement sur des indicateurs de processus calculés au niveau des établissements, il parle peu aux équipes soignantes dans les unités et les services, et demeure ainsi peu mobilisé par les gouvernances pour soutenir la démarche qualité.

[6] Toute réforme du financement à la qualité devrait se donner pour objectif principal de donner des incitations porteuses de sens pour les soignants, au sein d'une politique qualité dont la cohérence d'ensemble serait lisible pour eux. Cela nécessite de disposer d'indicateurs mesurables au niveau des services, ainsi que d'indicateurs par spécialité ou pathologie, qui soient centrés sur le bien-être du patient tout au long de son parcours de soins, motivation principale des équipes soignantes.

[7] La mission préconise, d'une part, de refonder la gouvernance de la qualité en santé. Elle propose à cette fin de mettre en place une instance de gouvernance nationale, compétente sur l'ensemble du système de soins et animée par une petite équipe pluridisciplinaire. Cette instance, qui n'aurait pas vocation à se substituer aux instances en charge du financement des établissements de santé, aurait pour mission de développer et de piloter une feuille de route pluriannuelle sur la qualité des soins. Une telle feuille de route devrait mettre en cohérence l'ensemble des leviers, quels que soient les secteurs du système de soins, et intégrer en son sein la sécurité et la pertinence des soins. La mission propose en parallèle d'engager une concertation en vue d'élargir les missions des instances régionales aujourd'hui en charge de la pertinence des soins (Irap) à l'ensemble des questions de qualité et d'en renforcer la visibilité et l'efficacité.

[8] S'agissant du financement à la qualité, la mission propose, d'autre part, d'unifier, de rénover et d'étendre le dispositif actuel en lui redonnant son objectif originel d'incitation financière à l'amélioration de la qualité. Les actuels financements à la qualité (Ifaq, contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de soins, compartiments qualité du financement des structures d'urgences et des hôpitaux de proximité) seraient intégrés dans un dispositif Ifaq unifié et simplifié.

[9] Concernant le portefeuille des indicateurs, un premier ensemble (pilier 1) serait centré sur des indicateurs transversaux de mesure de la qualité calculés, autant que possible, au niveau des services de soins grâce à une automatisation du recueil. Deux blocs pourraient être distingués :

- le premier bloc constituerait un socle d'indicateurs pérennes communs à tous les établissements de santé, sur lesquels les établissements seraient évalués au regard de leur niveau de performance (certification, prise en charge de la douleur, ressenti du patient, mais aussi qualité de vie au travail des soignants) ;
- le second bloc serait composé d'indicateurs temporaires, inclus dans le modèle pour une durée de trois à quatre ans, et centrés sur des axes d'amélioration prioritaires au niveau national et régional (par exemple la déclaration des événements indésirables, le développement des soins écoresponsables, l'augmentation du recours à l'hospitalisation à domicile ou à la chirurgie ambulatoire, les problématiques de pertinence aujourd'hui abordées dans le cadre du Cages, etc.). Les établissements seraient évalués à l'aune de l'évolution de leur performance sur ces indicateurs et seraient accompagnés pour cela par les agences nationales et régionales de santé, l'Assurance maladie, les structures régionales d'appui et le cas échéant les réseaux (périnatalité, cancer). Les indicateurs pourraient s'appliquer à l'ensemble des établissements ou être spécifiques à certains champs (MCO, HAD, SMR, psychiatrie, hôpitaux de proximité, etc.). Certains pourraient être définis au niveau régional.

[10] Un second ensemble d'indicateurs (pilier 2) serait centré sur la mesure et l'analyse des résultats des soins, par spécialité ou pathologie. Sa mise en place nécessite un travail approfondi

des professions, par la mobilisation de leurs sociétés savantes, afin d'identifier les indicateurs pertinents et leur méthodologie de calcul et d'ajustement dans un cadre fixé au niveau national. Ce travail aurait également pour objet de définir les modalités de recueil de ces indicateurs et les évolutions à prévoir des systèmes d'information, soit par l'enrichissement du système national de données de santé (SNDS), soit par le développement de registres de pratiques. Un investissement financier de l'Etat serait à prévoir, contractualisé avec les acteurs, pour construire l'architecture informatique, constituer les fichiers de données et développer des indicateurs au long cours.

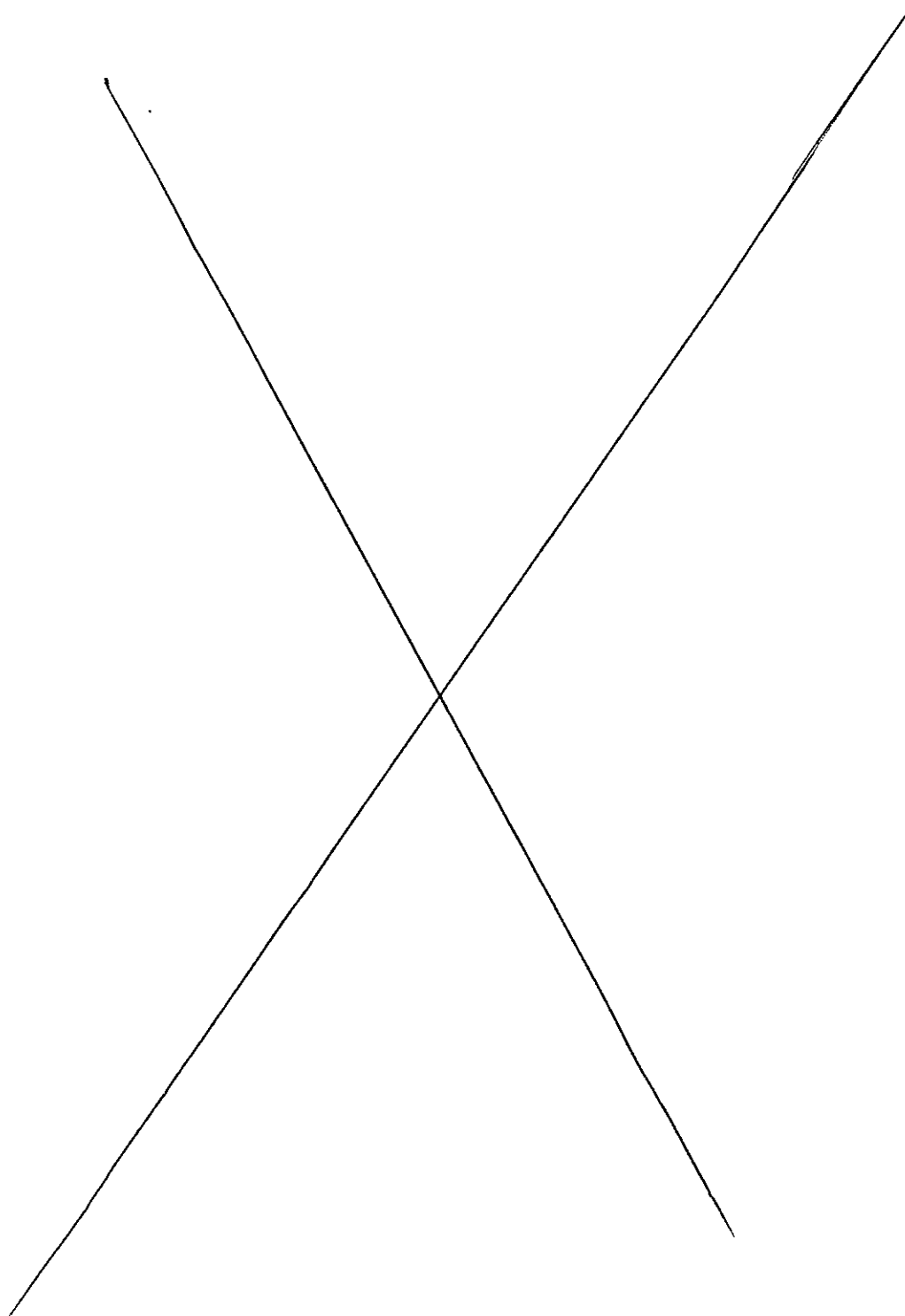
[11] Sur ce second ensemble la mission recommande que l'incitation financière des établissements de santé repose sur deux principes.

- Les établissements seraient rémunérés en fonction d'indicateurs mesurant l'inscription des équipes soignantes dans une démarche de mesure et de comparaison des résultats entre pairs, plutôt que sur les résultats eux-mêmes. La littérature montre en effet qu'une telle démarche de comparaison fondée sur la transparence est, en soi, facteur d'amélioration de la qualité et permet de contourner les difficultés méthodologiques et les réticences à un financement aux résultats.
- L'incitation financière serait par ailleurs majorée en cas d'intégration d'une mesure des résultats de soins par le patient (*Patient Reported Outcome Measurement* – PROM), essentielle à la mesure de la pertinence des prises en charge. Compte tenu des nombreuses difficultés techniques rencontrées actuellement par les porteurs de projet qui se lancent dans la démarche de recueil du ressenti du patient, il est nécessaire d'intégrer cette problématique dans la stratégie du numérique en santé afin de faciliter le développement de cette démarche.

[12] Le financement de ce dispositif rénové serait assuré soit par réaffectation des actuelles dotations à la qualité (pilier 1), soit par des recettes nouvelles autour de 200 M€ à 300 M€ (pilier 2). La montée en charge très progressive des dépenses sur le pilier 2 pourrait en effet permettre un financement en mesure nouvelle, sans prélèvement sur la tarification à l'activité, à l'instar de la logique retenue lors de la création de l'Ifaq. La mission ne recommande pas d'augmenter davantage les enveloppes tant que le dispositif n'aura pas été stabilisé.

[13] En complément de ce nouveau modèle de financement à la qualité, la mission propose de valoriser les temps collectifs pluridisciplinaires de retours d'expérience professionnelle, dont la littérature comme le ressenti des soignants montrent qu'ils sont centraux pour souder les équipes autour de la démarche qualité. Un forfait finançant les temps collectifs s'inscrivant dans cette démarche d'amélioration de la qualité viendrait se substituer au financement global par les tarifs.

[14] Pour la mise en œuvre de ces propositions, la mission suggère qu'une équipe projet pilotée par la DGOS soit rapidement mise en place et lance les travaux techniques préparatoires à la réforme, en vue d'une transcription de ses principes dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. La nouvelle gouvernance dédiée à la qualité en santé serait installée dès l'été 2024. L'année 2025 pourrait être consacrée à la mise en œuvre de la réforme des modalités de calcul de l'Ifaq, ainsi qu'à la tenue de pilotes sur les nouveaux indicateurs de qualité et sur les modalités de financement des retours d'expérience en équipe pluridisciplinaire. Ces pilotes devront permettre d'aborder les voies d'une généralisation à compter de l'année 2026.



RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Mettre en place une instance de gouvernance nationale large chargée du pilotage d'une feuille de route pluriannuelle sur la qualité dans le système de santé, dotée d'un bureau resserré et d'une équipe pluridisciplinaire d'animation, et engager une concertation avec les directeurs généraux d'ARS en vue d'élargir l'objet des instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) à l'ensemble des problématiques de qualité des soins tout en renforçant leur visibilité et leur efficacité.	1	Cabinet du ministre	mi 2024
2	Systématiser le recueil automatique des indicateurs à partir des données disponibles dans les systèmes d'information, quitte à simplifier ces indicateurs, afin de rendre possible leur calcul à l'échelle des services.	1	Equipe projet	2025
3	Permettre une montée en puissance du suivi d'indicateurs de qualité, notamment de résultats, grâce à un financement dédié.	1	Equipe projet	2025
4	Impulser une montée en puissance des exercices de comparaison des résultats entre pairs sur l'ensemble des dimensions de la qualité (pertinence, sécurité, accessibilité, etc.) dans le cadre des gouvernances nationale et régionale proposées.	1	DGOS et SGMAS	2025
5	Mettre en place un groupe de travail chargé de définir un plan d'action pour renforcer la représentativité d'e-Satis.	1	HAS avec DGOS, ATIH et Drees	2024
6	Inscrire dans la stratégie du numérique en santé l'intégration du recueil de l'avis des patients dans les systèmes d'information.	1	DNS	2024
7	Publier les programmes d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, et étendre progressivement l'obligation de publication des indicateurs de résultats après une période d'appropriation par les professionnels.	2	DGOS	2025
8	Rendre obligatoire la réalisation d'un baromètre sur la qualité de vie respectant un cadre défini au niveau national reprenant les travaux antérieurs ayant porté sur un questionnaire validé par une équipe mandatée par la HAS et la DGOS.	1	DGOS et instance de gouvernance	2025
9	Proposer un cadre d'évaluation « en miroir » à partir d'une sélection d'indicateurs en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social afin d'éclairer les problématiques d'articulation des prises en charge qui seraient suivies de manière coordonnée.	2	Instance de gouvernance	2024

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
10	Utiliser le nouveau dispositif des parcours coordonnés renforcés et la montée en puissance des communautés professionnelles territoriales de santé pour inciter financièrement à la mesure des indicateurs de résultats sur les parcours ville/hôpital sur une base territoriale.	2	Instance de gouvernance et équipe nationale de pilotage des exp. Art 51	2025
11	Publier l'arrêté fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements en application de l'article L. 162-23-15 au plus tard au début de l'année N-1, de préférence avec un échéancier pluriannuel, en le recentrant par ailleurs sur les indicateurs mobilisés pour le calcul de l'Ifaq.	1	DGOS	2025
12	Supprimer le Cages dans sa forme actuelle et intégrer la logique qu'il porte au sein d'un dispositif unifié de financement à la qualité des établissements de santé.	2	DSS et DGOS	2025
13	Transformer le modèle actuel de l'Ifaq en rendant les règles de calcul lisibles pour les acteurs avec une enveloppe budgétaire par indicateur.	1	DGOS	2025
14	Modifier le portefeuille des indicateurs transversaux en distinguant des indicateurs permanents et des indicateurs inclus dans le modèle pour une durée limitée (trois ou quatre ans) avec une possibilité de modulation régionale.	1	Instance de gouvernance et DGOS	Pilote en 2025
15	Mettre en place un groupe de travail avec notamment les sociétés savantes afin de définir la maille pertinente d'analyse pour la mesure des indicateurs de résultats des soins (pathologie, spécialité, parcours, etc.).	1	Equipe projet	2024
16	Mettre en place une rémunération destinée aux unités de soins qui s'engagent dans une démarche d'autoévaluation de leurs résultats avec une part dépendant de l'utilisation de PROMs dans le processus de soins.	1	DGOS	Pilote en 2025
17	Mettre en place une rémunération forfaitaire des temps collectifs pluridisciplinaires qui sont d'ores et déjà normalisés et tracés (évaluations de pratiques professionnelles, réunions de concertation pluridisciplinaire, etc.), financée par un prélèvement sur la dotation de financement à l'activité.	1	DGOS en lien avec l'instance de gouvernance	Pilote en 2025
18	Mobiliser dès le printemps 2024 une équipe projet sous l'égide de la DGOS pour lancer les travaux techniques et prévoir le cadre d'évaluation <i>in itinere</i> de la réforme du modèle de financement.	1	Cabinet du ministre et DGOS	2024

