



Direction Générale
de l'offre de soins

**Rapport 2014 au Parlement
relatif à la réforme du
modèle de financement
des établissements de santé**



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Sommaire

I. Juguler les risques inflationnistes du financement à l'activité, dés-inciter l'augmentation non pertinente des volumes et améliorer l'équité de l'allocation des ressources.....	10
a) Responsabiliser financièrement les acteurs tout en couvrant les risques de sur-exécution de l'ONDAM ; appliquer des tarifs réduits sur des activités localement en forte croissance	10
b) Mettre fin à la concurrence fictive portée par la convergence intersectorielle et aux situations historiques de sur ou sous financement des activités en imposant à tous les acteurs des efforts d'efficacité équitables, et en toute transparence par l'amélioration de la qualité de la régulation elle-même	13
c) Désintéresser les établissements à l'augmentation en volume de l'activité et remplacer la concurrence entre les acteurs par une efficace complémentarité : l'exemple de la réforme du financement des urgences	15
d) Refonder la politique d'aide publique à l'investissement hospitalier ; en garantir la pertinence en regard d'une vision prospective des besoins à satisfaire et des modalités de prise en charge, des capacités nécessaires à l'échelle territoriale et régionale, et du respect des équilibres micro et macro-économiques	16
II. Déjouer les effets indésirables du financement à l'activité sur le maillage territorial de l'offre de soins et mettre en place les dispositifs à l'appui du Pacte territoire santé	18
a) Soutenir l'offre de soins hospitalière indispensable dans les territoires où elle est fragile	18
b) Soutenir les professionnels de santé du premier recours en précisant et en finançant les missions des hôpitaux de proximité, en application du Pacte territoire santé	19
c) Dépasser la concurrence au cœur du financement à l'activité par la promotion et l'accompagnement des coopérations hospitalières et une mutualisation accrue des ressources hospitalières les plus rares : l'exemple de la télémédecine	20
d) Relancer le développement de l'hospitalisation à domicile	22
III. Lier la qualité des soins et la sécurité des patients avec le financement des activités	24
a) Faire de la qualité un levier de la régulation : la qualité, sa mesure et la publicité de ses résultats constituent un enjeu de démocratie sanitaire jusqu'à présent ignoré des dispositifs de financement	24
b) Inciter financièrement à l'amélioration de la qualité : l'initiative de la France est pionnière en Europe	26
c) Mettre en place un suivi individualisé au profit des établissements dont les indicateurs de qualité et sécurité des soins, et les résultats de la certification, présentent des écarts excessifs ou sont non conformes aux référentiels nationaux de qualité et sécurité des soins	30
d) Transformer fondamentalement les dispositifs de financement lorsque l'évolution des pratiques les met en contradiction avec la qualité des soins : l'exemple de la radiothérapie	31
IV. Lutter contre les inadéquations et les soins non pertinents et accélérer la modernisation des modalités de prise en charge et des organisations hospitalières.....	33
a) Déployer, au niveau des établissements préalablement identifiés, une pédagogie sur des activités ciblées en forte croissance pour promouvoir les bonnes pratiques et améliorer la pertinence des prises en charge	33
b) Favoriser, par des financements adaptés, la diffusion de l'innovation : les exemples du « forfait innovation » et de l'initiative « territoires de soins numériques »	36
c) Accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire	37
d) Intégrer l'ensemble des transformations relatives aux prises en charge du cancer pour en déduire les évolutions nécessaires de leur financement	41

V. Promouvoir les modalités de coordination, de coopération et d'intégration des acteurs associées à une médecine de parcours dépassant la T2A et les clivages induits par les dispositifs de financement.....	42
a) Effacer les clivages entre la ville, l'hôpital et le médico-social : le rôle du Fonds d'intervention régional et les expérimentations conduites par les ARS	42
b) Passer d'une logique fondée sur l'épisode de soins à des approches transversales mieux adaptées aux pathologies chroniques : les exemples de l'insuffisance rénale chronique (IRC) et de l'obésité	43
c) Faire face aux enjeux du vieillissement et de la perte d'autonomie : l'exemple du chantier PAERPA	46
d) Construire les dispositifs de financement futurs selon des logiques ouvertes correspondant à la médecine de parcours promue par la Stratégie nationale de santé : les orientations des réformes en cours du SSR et à venir de la psychiatrie	48
VI.CONCLUSION	51

Avant-propos

Le présent rapport est rendu conformément à l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Alors que cet article amorçait la réforme du modèle de financement des établissements de santé, il prévoyait parallèlement la remise d'un rapport sur « *la réforme du modèle de financement des établissements de santé [détaillant] notamment les pistes envisagées pour intégrer des critères de pertinence des soins et de qualité des prises en charge dans la tarification des établissements et pour mieux contrôler l'évolution des volumes d'activité en fonction de ces critères* ».

Introduction

La réforme du financement des établissements de santé, dont la Représentation nationale a demandé à être tenue informée par ce rapport, est essentielle : elle concrétise le franchissement avec succès des premières étapes de la Stratégie nationale de santé, en attendant leur prolongement législatif dans le projet de loi de santé qui sera présenté au Parlement au début de l'année 2015.

Priorité est désormais donnée à la prévention, aux soins de proximité et au virage ambulatoire de l'hôpital. L'objectif du Gouvernement est clair : il s'agit de réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, et de faire progresser à la fois la démocratie sanitaire et l'efficacité de notre système de santé. La refondation du service public hospitalier et l'innovation organisationnelle portée par le service territorial de santé au public, tous les deux emblématiques de la future loi de santé, concourront à la réalisation de cette ambition. De même que les synergies permises par les groupements hospitaliers de territoire, outil juridique nouveau dont disposeront bientôt les agences régionales de santé et les communautés hospitalières pour intensifier leurs coopérations.

Dans un premier temps, il a fallu considérer lucidement les imperfections de l'ensemble des systèmes de financement hospitaliers.

Bien sûr celles déjà bien connues des dispositifs historiques de financement des soins psychiatriques et des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) : la dotation globale limitative pour le secteur public et privé non lucratif, peu incitative à la modernisation et aux efforts de gestion et porteuse de risques élevés de sélection des patients et, pour les établissements privés à but lucratif, la facturation au prix de journée très inflationniste aux dépens de la pertinence des soins par un allongement opportuniste de la durée des séjours. Mais aussi les travers de la tarification à l'activité (T2A), pourtant parfois présentée comme un modèle idéal et comme une solution aux déficiences des autres modes de financement.

C'est pourquoi, même les orientations du chantier ouvert depuis 2011 sur la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation ont dû être fondamentalement reprises à la lumière de l'expérience acquise par la mise en place du financement à l'activité sur le champ MCO.

Car, en effet, malgré ses indéniables aspects positifs, les limites de la T2A ont été soulignées par de nombreux acteurs et dans les rapports remis en 2012 par l'IGAS, l'IGF et la MECSS :

- la complexité voire l'opacité de la régulation ;
- l'instabilité tarifaire et le manque de visibilité pour les gestionnaires de terrain ;
- le caractère inflationniste d'un modèle dont l'équilibre ne peut se trouver qu'au moyen d'une augmentation incessante de l'activité ;
- une régulation prix-volume insensible à la pertinence de l'activité ;
- une tarification sans aucun lien avec la qualité du soin produit ;

- une vision de la prise en charge où le séjour, financé par le forfait, est enfermé dans une unité de temps, de lieu et de personnalité physique ou morale de l'effecteur de soins à financer, peu compatible avec le développement de la médecine de parcours, objectif central de la Stratégie nationale de santé.

Il était donc indispensable de repenser globalement les dispositifs de financement hospitaliers dans le cadre d'une profonde restructuration de l'offre de soins dans son ensemble.

Désormais, les orientations de la Stratégie nationale de santé fixent les orientations à partir desquelles sont menés les travaux du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH), mis en place en décembre 2012, avec un horizon de réforme à dix ans, comme annoncé par le Premier ministre. L'ambition centrale de la SNS consiste à réaliser une véritable révolution systémique au service de l'accessibilité et de la pérennité de l'offre de soins, poussant aussi loin que possible l'intégration des acteurs tout en promouvant toutes les dimensions de la prévention en santé.

Dès lors, les questions centrales auxquelles s'attachent les travaux du CORETAH depuis presque deux ans et dont ce rapport effectue le point de situation sont les suivantes :

- Comment dés-inciter à l'évolution non pertinente des activités hospitalières ?
- Comment conjuguer les indispensables gains de productivité des établissements avec l'amélioration de la qualité des soins produits ?
- Comment renforcer les capacités de prise en charge du premier recours dans une vision plus intégrative des différents niveaux de l'offre de soins ?
- Cette évolution de l'organisation des parcours de soins doit-elle mettre l'accent sur la coordination – qui vise à améliorer l'orientation des patients, la pertinence et l'adéquation des prises en charge –, et/ ou sur l'intégration accrue des offreurs de soins ?
- Comment repenser les équilibres entre les activités financées sur une base prévisionnelle et qui nécessitent que soient couverts les risques de dépassement et celles dont le financement limitatif est fixé par avance ?
- Comment mieux articuler les dispositifs de régulation financière globale –dont l'équité repose sur des clés de répartition homogène de la ressource fixées au niveau national - avec les objectifs de l'organisation territoriale de l'offre de soins à la main des ARS et qui nécessite des dispositifs adaptables aux spécificités des territoires, des populations et des acteurs de l'offre de soins ?
- Comment accélérer la transformation des prises en charge au bénéfice des activités ambulatoires, et à quel rythme socialement et financièrement supportable réduire les surcapacités hospitalières qui en découlent ?

Il est notable que, parallèlement à la mise en place de la réforme de la tarification hospitalière, a été conduit un effort de transparence réclamé à la fois par les acteurs et les corps d'inspection

et de contrôle, mais également imposé par certaines décisions de justice ou par la prise en considération des normes communautaires. Cet effort a porté, depuis 2012, sur les modalités de construction des tarifs et la publication des tarifs issus des études de coûts (ce qui permet d'identifier, par comparaison aux tarifs pratiqués, le niveau de sur ou sous financement des activités), et sur les déterminants des dotations (modélisation des MIG ou justification au premier euro et publication de l'actualisation du guide MIG en avril 2013).

Le Gouvernement s'est donc engagé à modifier en profondeur, dans la concertation et en toute transparence avec les acteurs, les dispositifs de financement hospitalier en les replaçant dans des perspectives plus larges.

L'esprit d'ensemble et les premiers jalons de la réforme ont été posés, d'autres sont à venir. L'objectif est de parvenir, d'ici à 2016, à définir un modèle plus équilibré, c'est à dire qui remplace la logique de financement à l'activité à sa juste place, qui permette de rendre plus équitable le financement des établissements de santé et, à terme, de garantir la pérennité et l'accessibilité pour tous du système de soins.

La première partie du rapport rend principalement compte des éléments de la réforme mis en place dès le deuxième semestre 2012 pour contrer les effets négatifs de la T2A, en même temps que s'ouvraient les travaux du Pacte de confiance avec les représentants de tous les acteurs hospitaliers. Sont particulièrement illustratifs : l'arrêt de la convergence intersectorielle, mais aussi les mesures anti-inflationnistes portant pour la première fois directement sur les tarifs alors que les dotations MIGAC étaient à la fois sanctuarisées et mieux objectivées.

Dans le même temps, était totalement refondée au niveau national la politique d'aide aux investissements publics dont le Comité de la performance et de la modernisation (COPERMO) a assuré l'application sur le champ hospitalier. Devant aboutir à plus long terme, le chantier de réforme du financement des urgences démontre que la coopération entre les acteurs nécessite elle aussi de déjouer le caractère inflationniste de la T2A.

La deuxième partie du rapport présente l'ensemble des chantiers portés par la réforme au service du maintien de l'offre de soins de proximité. La réponse aux besoins des populations trouve sa traduction concrète dans le maillage territorial de l'offre de soins. Celui-ci ne peut résulter des seuls jeux de la concurrence ou des seuils de rentabilité implicites portés par la tarification à l'activité. La réforme du financement doit donc servir les objectifs du Pacte territoire santé et mettre un terme à la fragilisation de l'offre hospitalière là où elle est indispensable.

Tout d'abord, par un financement spécifique garantissant l'équilibre économique d'activités hospitalières indispensables dites « isolées » et que les aspects mécaniques d'une T2A aveugle auraient condamnées.

Ensuite, par la définition des missions, donc des moyens, des hôpitaux de proximité permettant à ces derniers de conforter l'activité et la présence des professionnels de santé du premier recours. La télémédecine illustre l'esprit de la démarche : la complémentarité des acteurs, la

mutualisation des ressources les plus rares, permettent d'améliorer à la fois l'efficacité de l'offre de soins et le service rendu aux usagers.

Enfin, par la redynamisation des activités d'hospitalisation à domicile, enjeu du chantier de refondation globale désormais ouvert.

Les troisième et quatrième parties répondent précisément au questionnement de la Représentation nationale sur les liens que la réforme permettrait enfin d'établir entre la qualité et la pertinence des soins et leur financement.

Car la liberté de choix du patient constitue à la fois un enjeu de démocratie sanitaire et un moteur puissant de la régulation de l'offre de soins. Cette liberté n'a de sens que si elle s'exerce sur la base d'une information accessible, fiable et compréhensible portant sur la qualité des soins produits par les établissements de santé.

Mais les établissements eux-mêmes doivent être incités à améliorer de façon continue la qualité de leurs activités : c'est l'objet de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité, initiative qui place la France en situation pionnière en Europe sur ce sujet.

Par ailleurs, les établissements dont les indicateurs de qualité sont trop dégradés doivent être accompagnés par les agences régionales de santé de façon volontariste sur les voies d'une amélioration rapide.

Enfin, le chantier ouvert sur le financement de la radiothérapie, en ville et à l'hôpital, illustre la vigilance constante qui est de mise afin d'éviter que les incitatifs économiques des dispositifs de financement ne deviennent contradictoires avec la qualité et la sécurité des soins au fil de l'évolution des pratiques.

S'agissant de la pertinence des activités hospitalières, le plan qui se déploie sous l'égide des ARS constitue une démarche pédagogique en direction d'acteurs dont l'atypie des pratiques peine à trouver une justification médicale.

Mais l'ambition de la réforme porte sur l'accélération de la transformation structurelle de l'offre de soins.

D'abord par la diffusion plus rapide des innovations, qu'elles soient thérapeutiques ou organisationnelles, ces deux dimensions étant d'ailleurs souvent interactives.

Ensuite, en engageant l'ensemble des acteurs hospitaliers dans le virage ambulatoire de leurs activités. Car l'activité hospitalière avec hébergement doit devenir l'exception, qu'il s'agisse de la chirurgie ou de la médecine. Les freins à cette indispensable mutation, bénéfique en premier lieu pour les patients, doivent être levés et commencent à l'être de façon radicale.

Enfin, une attention toute particulière est portée sur les transformations rapides et extrêmement structurantes des prises en charge du cancer, afin qu'elles soient encouragées et accompagnées par une évolution concomitante des modalités de leur financement. Un COPIL cancer a donc été mis en place à cet effet, en y associant l'INCA et les acteurs les plus concernés.

La dernière partie du rapport porte sur les chantiers ouverts sous l'égide de la Stratégie nationale de santé, laquelle nécessite que soient levés les effets cloisonnant de la tarification à l'activité et que se déploie une médecine de parcours visant l'amélioration des modalités de prise en charge par une meilleure coordination voire une intégration poussée des acteurs.

Sous l'impulsion des ARS, et avec les moyens du Fonds d'intervention régional désormais érigé en sous-objectif de l'ONDAM, sont menées en région de nombreuses expérimentations dont l'évaluation est prévue pour la plupart par la Haute autorité de santé afin d'en déterminer les gains médico-économiques. Les enjeux du vieillissement et de la perte d'autonomie (chantier PAERPA), des pathologies chroniques (insuffisance rénale chronique, diabète), nécessitent que soient éprouvées, avant leur éventuelle généralisation, des modalités innovantes et dérogeant aux actuels dispositifs de financement pratiqués en ville ou à l'hôpital.

Car aucun système de financement n'est exempt de défauts et il s'agit, de façon pragmatique, d'identifier les dispositifs les mieux adaptés en fonction des objectifs recherchés et de la nature même des activités. Tout comme la médecine, la régulation est une démarche expérimentale. La réforme du financement des activités de SSR n'a donc plus comme objectif l'application de la T2A, mais la mise en place de modalités innovantes mariant dotations, financement d'activités largement forfaitisé et à l'unité, avec ou sans hébergement, et apte à embarquer les logiques de parcours donc de coopération avec d'autres acteurs de l'offre de soins.

I. Juguler les risques inflationnistes du financement à l'activité, dés-inciter l'augmentation non pertinente des volumes et améliorer l'équité de l'allocation des ressources

- a) Responsabiliser financièrement les acteurs tout en couvrant les risques de sur-exécution de l'ONDAM ; appliquer des tarifs réduits sur des activités localement en forte croissance

La fixation des tarifs repose sur une logique de régulation prix-volume à l'échelle nationale : une croissance élevée du volume global de l'activité hospitalière se traduit par une évolution moindre des tarifs. Bien qu'efficace d'un point de vue macro-budgétaire, ce mécanisme n'est pas entièrement satisfaisant. Il n'adresse pas d'incitation individuelle à chaque établissement à maîtriser l'évolution de son volume d'activité dans la mesure où le tarif est déterminé en fonction de l'évolution moyenne de l'activité et non celle de l'activité de l'établissement.

L'IGAS appuie ce constat : « un outil comptable visant à faire converger les coûts sur des coûts standards peut générer des comportements visant à réduire la dépense à volume constant, à abandonner les activités structurellement déficitaires, mais aussi à rechercher une augmentation des volumes afin d'améliorer la couverture des coûts fixes. Dès lors, comme a pu le constater l'IGAS, en cas de concurrence directe de deux établissements sur des activités, dans le même bassin de vie, cet outil financier [la T2A] ne conduit pas au développement de coopérations ou de partage d'activités. Chaque établissement a en effet intérêt à augmenter son volume d'activité, pour recevoir plus de recettes. L'intervention du régulateur peut alors s'avérer nécessaire (...) »¹. Le rapport IGAS poursuit : « en MCO, la T2A peut, indifféremment du statut de l'établissement, générer comme on l'a vu une concurrence sur les volumes pour capter plus de financement »².

En pratique, il est constaté depuis 2005 une augmentation importante de l'activité dans le secteur public MCO. Le secteur privé étant historiquement déjà financé à l'activité (via les prix de journée), la T2A n'a pas eu pour effet d'accélérer l'évolution de son activité. En revanche pour le secteur public, en palliant les biais inhérents au financement par dotation globale, la T2A s'est traduite, pour la très grande majorité des établissements de santé, par une progression significative de leurs volumes d'activité, sachant toutefois que cette augmentation est pour partie le reflet d'une amélioration du codage de l'activité.

¹ Inspection générale des affaires sociales (IGAS), *L'Hôpital*, La Documentation Française, 2012, page 32

² Inspection générale des affaires sociales (IGAS), *L'Hôpital*, La Documentation Française, 2012, page 34

Evolution du nombre de séjours (hors séances)

Source ATIH

	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013
Ex DG	1.0%	1.6%	1.6%	0.7%
Ex OQN	0.2%	0.7%	0.9%	-0.4%
Ensemble	0.7%	1.3%	1.3%	0.3%

Les mises en réserve prudentielles visant à gager, depuis 2010, une éventuelle sur-exécution de la part tarifaire de l'ODMCO étaient, jusqu'en 2012 inclus, essentiellement constituées par des gels de dotation (AC, DAF, crédits « recyclés » issus de la déchéance quadriennale du FMESPP).

Ce dispositif a été fortement critiqué car il mettait à contribution quasi exclusivement des ressources destinées à des établissements ou à des activités non susceptibles de sur-exécution, car limitativement déterminées, pour gager les risques portés par les établissements ou les activités financés sur des enveloppes « ouvertes ». De fait, au plan des principes, la dé-corrélation entre, d'une part, les origines de la sur-exécution et, d'autre part, celles des crédits censés la gager, posait un problème d'équité.

Cependant, l'expérience cuisante de 2006, exercice au cours duquel, sur la base d'une projection d'activité du secteur ex-OQN ultérieurement invalidée³, un arrêté tarifaire avait été publié en cours d'année pour modifier à la baisse les tarifs initiaux (baisse d'autant plus importante que la sur-exécution projetée est forte et la date de publication de l'arrêté modificatif tardive), avait conduit à ne pas appliquer la régulation prix-volume infra-annuelle directement sur la masse tarifaire.

Cette iniquité a été réparée par la LFSS pour 2013, laquelle a instauré un coefficient prudentiel permettant de responsabiliser les acteurs financés par les tarifs de séjours hospitaliers. Ce coefficient a minoré de - 0,35% les tarifs publiés, dans l'attente que soit vérifié, par le Comité d'alerte, le respect de l'ONDAM.

Cette pédagogie en faveur de la modération de l'augmentation du volume économique a porté ses fruits : fin 2013, il a été possible de restituer aux établissements la totalité de la provision constituée grâce au coefficient prudentiel.

³ L'assurance maladie a dû rembourser aux établissements les sommes indûment retenues via la modification des tarifs en cours d'année.

Le dispositif a été reconduit pour la campagne MCO de 2014 et le PLFSS pour 2015 propose de l'étendre aux enveloppes ouvertes des autres secteurs (SSR et psychiatrie relevant de l'OQN).

Mais l'équité commande de s'interroger aussi sur les activités localement en forte croissance et qui contribuent le plus à l'augmentation globale du volume économique.

En effet, les analyses menées par l'ATIH montrent que certaines activités, présentant un poids financier conséquent et des disparités importantes de recours aux soins entre les territoires de santé, ont connu sur la période 2007 - 2010 une évolution dynamique.

Dans le cadre de la LFSS pour 2014, un nouveau mécanisme de régulation prix-volume a été introduit permettant la mise en œuvre d'une dégressivité tarifaire sur tout ou partie des prestations d'hospitalisation de MCO en cas de dépassement d'un seuil d'activité préalablement déterminé.

Ce mécanisme, prévu à l'article 41 de la LFSS pour 2014, dit de dégressivité tarifaire, vise à apporter plus d'équité vis-à-vis des établissements qui ne contribuent pas à la dynamique d'activité globale, mais qui aujourd'hui subissent les mêmes évolutions tarifaires que les autres établissements. La mise en place d'un mécanisme de dégressivité tarifaire consiste donc à prendre en compte, pour partie, l'évolution de l'activité produite par l'établissement en appliquant un taux de minoration des tarifs sur la seule activité produite par l'établissement au delà d'un seuil préalablement fixé (exprimé en taux d'évolution ou en volume d'activité). Il permet d'apporter plus d'individualisation dans la régulation des volumes.

La mesure peut également se justifier par la présence de demande induite engendrant la réalisation d'actes ou séjours non pertinents (disparités de recours aux soins constatées entre territoires).

Les modalités de détermination du taux d'évolution tarifaire et des seuils d'activité sont définies par un décret en Conseil d'Etat, qui a été soumis à la concertation des fédérations hospitalières et qui devrait être publié à l'automne 2014. Le décret précise que les variations géographiques de taux de recours aux soins sont mobilisables pour le choix des activités. Il fixe également les modalités de mesure de l'activité, quantifiée en nombre de séjours ou en volume économique, avec l'utilisation des données servant à la facturation. Enfin, ce décret précise que la récupération des sommes induites perçues repose sur un versement direct de l'établissement, ou à défaut, sur une récupération sur les factures émises l'année suivante.

Un mécanisme d'encadrement des sommes à récupérer est prévu afin de tenir compte de certaines évolutions atypiques. Aussi, comme le prévoit la loi, ce mécanisme prend en compte, dans la mesure de l'activité, les opérations de regroupement et prévoit aussi l'exclusion des établissements pour lesquels une nouvelle autorisation d'activité a été délivrée au cours de l'exercice considéré et des deux années précédentes. Il exclut également ceux ayant connu une baisse de leur activité entre l'année de référence (soit l'année n-1) et l'année précédente (l'année n-2) uniquement pour les activités concernées.

Ces dispositions permettent de tenir compte des situations d'évolutions d'activité atypiques sur l'année de référence.

Pour 2014, il a été décidé, en concertation avec les fédérations représentatives d'établissements, de procéder à une application prudente de ce mécanisme. Seules certaines activités en lien avec les travaux d'amélioration de la pertinence des soins ont été ciblées pour la première année de mise en œuvre. Il s'agit de dix-huit racines de GHM dynamiques au niveau national et pour lesquelles une hétérogénéité du recours aux soins est constatée. Du fait de ce critère de ciblage commun, un lien implicite a été fait avec les racines de GHM retenues dans le cadre du programme national d'amélioration de la pertinence des soins et constitue un signal à l'attention des établissements de santé. Pour autant, les objectifs sont distincts puisque la minoration tarifaire a pour effet de limiter la progression du volume économique ou du nombre de séjours des établissements de santé, et n'identifie pas spécifiquement les séjours ou actes non pertinents. Le seuil exprimé en taux d'évolution ainsi que le taux de minoration seront fixés à un niveau faible (10% dans les deux cas).

Dans le cadre d'une convention avec l'OCDE, une étude de parangonnage international sur les mécanismes de dégressivité tarifaire pour le paiement des hôpitaux est en cours de réalisation. Trois pays (l'Allemagne, la République Tchèque et Israël) et l'état du Maryland ont été sélectionnés.

Les résultats de cette étude ont été rendus à la DGOS au début du deuxième semestre 2014. Ces enseignements pourront éclairer les décisions de mise en œuvre de la mesure dans les prochaines années.

b) Mettre fin à la concurrence fictive portée par la convergence intersectorielle et aux situations historiques de sur ou sous financement des activités en imposant à tous les acteurs des efforts d'efficience équitables, et en toute transparence par l'amélioration de la qualité de la régulation elle-même

Les rapports de 2012 de l'IGAS, l'IGF et la MECSS sur l'évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux ont critiqué la construction tarifaire, principalement en raison de sa complexité et de sa tendance à distordre les tarifs au regard des coûts de référence, notamment au bénéfice des politiques de santé publique. Ainsi, ces rapports préconisent une construction sur la base du principe de neutralité tarifaire afin de permettre notamment une stabilité de l'échelle tarifaire et de garantir une plus grande visibilité des tarifs pour les acteurs.

Ainsi, même si plusieurs corrections ont été opérées lors des campagnes tarifaires 2013 et 2014, les modalités de mise en œuvre de ce principe ont été inscrites au programme de travail du CORETAH.

L'abandon fin 2012 de la convergence intersectorielle, c'est-à-dire une régulation via la mise en concurrence des acteurs par des pseudo-prix, laisse place à une régulation par les coûts plus « pure » que précédemment, et qui s'apparente à une émulation par comparaison (ou benchmark) à l'intérieur de catégories désormais autonomes (secteurs ex-DG et ex-OQN).

L'objectif de neutralité du financement en regard des coûts s'impose désormais comme le paradigme de la régulation, non seulement pour les tarifs, mais encore pour les dotations via la modélisation des MIG ou leur justification au premier euro. Cet objectif vise à mettre fin aux situations de rente liées aux activités historiquement sur-financées mais non tolérables car elles sont financées par des ressources collectives et enfreignent les règles communautaires applicables aux services économiques d'intérêt général.

Parallèlement, la ressource ainsi dégagée peut être redéployée au bénéfice des activités sous-financées.

L'abandon de la convergence intersectorielle repose aussi le problème des établissements à but non lucratif dont les structures de coûts sont spécifiques. C'est pourquoi il a été demandé à l'IGAS de mener pour fin 2014 une mission aux fins d'objectiver les différentiels de charges entre les différents secteurs.

La neutralité du financement au regard du coût surplombe aussi la question de la redéfinition du service public hospitalier. Ainsi, la fin de la convergence intersectorielle n'épuise pas le sujet de l'objectivation des charges de service public, des surcoûts mais aussi des avantages éventuellement associés et de leur mode de compensation (tarifs, dotations ou autres contreparties).

Comme l'indique le rapport de l'IGAS précité, la neutralité du financement pose aussi la question des incitations financières ; elles ne sont pas considérées comme impossibles, notamment au bénéfice des politiques publiques dont la mise en œuvre peut être accompagnée d'incitations ou de dés-incitations financières. Mais ce même rapport indique qu'il est préférable que les incitations ne soient pas portées par les tarifs et que tout écart à la neutralité doit être justifié : pour quels objectifs, quelle durée, avec quelles garanties (évaluation) ; une fois les objectifs atteints, le retour vers la neutralité doit être engagé.

Par ailleurs, la régulation par les coûts génère un besoin d'information (en quantité et en qualité) bien supérieur à la régulation par les prix, notamment afin de réduire autant que possible l'asymétrie d'information entre le régulateur (Etat et Assurance maladie) et les établissements de santé et de disposer des données nécessaires aux prévisions permettant de garantir par exemple le respect de l'ONDAM. Car la régulation par les coûts n'est pas opposée à l'amélioration de l'efficacité. En effet, dès lors que la progression de l'ONDAM est inférieure à l'évolution non contrainte de la dépense, son respect impératif impose que soient réalisés des gains de productivité par les acteurs.

Mais ce besoin d'information ne peut être correctement satisfait (qualité et exhaustivité) que si l'intérêt à agir des acteurs pour délivrer cette information est maintenu, notamment par le lien PMSI-facturation ou par les exigences de reporting sur l'utilisation des dotations (Plateforme informatisée des rapports d'activité, recueil de l'activité externe sur les consultations...). La qualité de la régulation dépend en effet étroitement des cycles de recueil et de traitement des données relatives aux coûts. C'est pourquoi les rapports précités pointent à la fois les exigences de qualité et de représentativité des échantillons d'établissements constitués pour les études de coûts, et de robustesse méthodologique des travaux de l'ATIH.

La réforme de l'ATIH qui aura lieu à l'automne 2014 a pour but, non seulement de consacrer l'extension de ses missions au secteur médico-social, mais encore de transformer sa gouvernance et de créer un Conseil scientifique dont l'indépendance garantira de façon accrue la rigueur de ses travaux.

c) Désintéresser les établissements à l'augmentation en volume de l'activité et remplacer la concurrence entre les acteurs par une efficiente complémentarité : l'exemple de la réforme du financement des urgences

La Cour des comptes promeut (RALFSS 2014) une refonte du modèle de financement actuel des urgences considérant qu'il incite à l'activité au lieu d'encourager les efforts de régulation, tout en améliorant la connaissance des coûts qu'elle juge insuffisante.

La Cour estime en effet que des économies pourraient être réalisées (entre 300 M€ et 500 M€) si la part de l'activité prise en charge au sein des structures d'urgence mais ne relevant pas d'elles (« passages évitables » évalués à 20% maximum du total de l'activité) était transférée vers l'offre de ville. Elle considère de manière générale qu'une meilleure articulation entre l'hôpital et la ville est nécessaire.

Il est clair, en effet, que la mise en place de maisons médicales de garde, par exemple, qui permettent de filtrer les demandes de soins urgents et de réduire celles qui aujourd'hui se dirigent vers les établissements de santé de façon inadéquate, se traduit par une diminution de l'activité de ces derniers, donc de leurs ressources dans le cadre du dispositif de financement actuel des soins urgents. Il s'agit là d'un exemple flagrant de l'opposition entre le financement à l'activité et l'efficacité de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

La refonte de ce dispositif engagée par le Gouvernement dès 2013 a pour objectif de définir un modèle de financement des urgences qui permette aux ARS et aux établissements :

- d'améliorer l'organisation territoriale de l'offre de soins urgents : garantir le maillage (prise en compte des coûts fixes) et l'accès aux soins urgents (optimisation de l'organisation territoriale, fonctionnement du réseau des

urgences, coopération entre structures de médecine d'urgence, équipes de territoire) ;

- de permettre une prise en charge de qualité et d'améliorer l'organisation et l'efficacité des structures de médecine d'urgence (mutualisation des équipes SU- SMUR, prise en compte des effets d'échelle, adaptation des effectifs aux pics d'activité) ;
- d'organiser les parcours des patients entre urgences et médecine de ville et de faire en sorte que le modèle de financement ne soit pas un frein à l'organisation de ces parcours entre ville et hôpital.

Les travaux devront aboutir à une mise en œuvre effective de la réforme en 2016, à la suite d'une phase de concertation déjà engagée avec les professionnels concernés. Ils devront permettre de définir :

- un référentiel SMUR-Services d'urgences pour déterminer les besoins de financement en fonction de l'activité, en prenant en compte la problématique des petits SMUR-SU et des coopérations ;
- le besoin de financement des structures des urgences ;
- les mécanismes de financement appropriés à leur mise en place par les ARS.

d) Refonder la politique d'aide publique à l'investissement hospitalier ; en garantir la pertinence en regard d'une vision prospective des besoins à satisfaire et des modalités de prise en charge, des capacités nécessaires à l'échelle territoriale et régionale, et du respect des équilibres micro et macro-économiques

La logique de plan a prévalu jusqu'en 2007 concernant l'investissement hospitalier. Le montant de l'investissement hospitalier a doublé au cours de la période 2000-2012, en partie du fait des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 visant à compenser le sous-investissement lié à la dotation globale de financement des établissements ex-DG. Le surcroît d'investissement a été financé par un recours massif à l'endettement, saturant la possibilité de recours à l'emprunt pour les investissements à venir des établissements, cependant que l'offre bancaire s'est contractée depuis la crise financière de 2008.

Le rapport de l'IGAS relatif au financement et au pilotage de l'investissement hospitalier rendu en 2013 pointe trois travers de la politique d'investissement de la décennie 2000 :

- de nombreux investissements ont été surdimensionnés sur la base de prévisions d'activité trop optimistes ;
- les investissements engagés ne sont pas toujours pertinents au regard de la recomposition de l'offre de soins sur un territoire ;
- le suivi des investissements menés a été dans la plupart des cas défailant.

Une rénovation en profondeur de la stratégie de soutien à l'investissement des établissements de santé a été engagée depuis deux ans. Il s'agit de mettre un terme à la logique de plan qui a montré ses limites, au profit d'un effort régulier d'investissement pour soutenir la modernisation continue de l'offre de soins.

En termes chiffrés, l'objectif est de piloter un effort d'investissement de l'ordre de 4.5 Mds€ par an (périmètre des établissements publics de santé), soit un total de 45 Mds€ sur 10 ans. Cette baisse de l'investissement permet de coupler à la fois soutenabilité des finances hospitalières et publiques et pertinence des projets entrepris au regard de la recomposition hospitalière.

Le financement des 45 Mds€ prévus sur 10 ans se décompose ainsi :

- 2,1 Mds€ d'aides en capital (FMESPP, fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés) soit 5% ;
- 19,1 Mds€ d'emprunts (dont 0,9Md€ d'aides), soit 42% ;
- 23,8 Mds€ d'autofinancement des établissements, soit 53%.

Cela passe par un double volet d'action :

- un volet national piloté par le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO). Mis en place par Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, il a permis de valider, de piloter et de suivre les actions d'investissement nécessitant un financement de l'Etat proposées par les ARS. Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) vise à financer les dépenses d'investissement des établissements de santé (publics et privées) et des GCS (groupement de coopération sanitaire) pour toutes les opérations de modernisation, de restructuration ou de réorganisation de l'offre de soins.
- un volet régional par l'élaboration de schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS). Cette stratégie régionale de soutien à l'investissement pilotés par les ARS permet de :
 - mieux insérer les projets dans les territoires : les investissements doivent être mis au service du parcours de soin des patients ;
 - renforcer la performance des projets : les référentiels les plus exigeants en termes d'organisation médicale (développement de l'ambulatoire notamment) doivent être mis en œuvre ;
 - garantir la soutenabilité des investissements ;
 - intégrer les investissements immatériels à la stratégie nationale (hôpital numérique, territoires de soins numériques).

II. Déjouer les effets indésirables du financement à l'activité sur le maillage territorial de l'offre de soins et mettre en place les dispositifs à l'appui du Pacte territoire santé

a) Soutenir l'offre de soins hospitalière indispensable dans les territoires où elle est fragile

La tarification à l'activité, qui a vocation à être nationale, ne peut pas prendre en compte les caractéristiques propres à chaque établissement. Seules certaines spécificités ont été intégrées dans le modèle de financement avec la mise en place d'un coefficient géographique, consistant à majorer les tarifs au sein des départements pour lesquels il est constaté des surcoûts salariaux, fiscaux et immobiliers (Ile de France, Corse et DOM).

Ainsi, la tarification à l'activité n'est pas adaptée aux établissements dont le volume d'activités est insuffisant en regard des équilibres économiques sous-jacents à la tarification, mais dont la présence est indispensable compte tenu des spécificités territoriales et des besoins de la population en termes d'offre de soins. Comme l'indique l'IGAS, « *certaines établissements de petite taille ou plus spécialisés peuvent (...) être plus sensibles aux aléas des outils tarifaires* »⁴. Ainsi, l'isolement géographique d'un établissement ou de l'une de ses activités, ou sa vocation à être une structure de soins de proximité ne sont pas pris en compte dans la logique de financement à l'activité.

Plus précisément, certains établissements de santé ont une activité MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) faible en volume. Par conséquent, même s'ils perçoivent les recettes liées au nombre d'activités pratiquées, ce financement peut s'avérer insuffisant au regard de leurs coûts fixes, le tarif étant calculé sur la base de l'activité moyenne retenue dans le cadre des études nationales de coûts. Il est pourtant indispensable que les activités de certains de ces établissements soient maintenues dans un souci d'accès aux soins de la population et de maillage territorial.

Un système de financement dérogatoire des activités isolées fait l'objet d'une mesure votée en LFSS 2014. Le financement proposé permettra aux établissements de santé ayant une faible activité MCO en volume de bénéficier d'un financement complémentaire. Des activités indispensables à l'accès aux soins pourront ainsi être maintenues, en contrepartie d'engagements contractualisés avec les ARS en termes d'organisation de la prise en charge des patients (coopération, restructuration de l'offre au niveau territorial) ou en termes de retour à l'équilibre financier le cas échéant.

⁴ Inspection générale des affaires sociales (IGAS), *L'Hôpital*, La Documentation Française, 2012, page 65

Par ailleurs, certaines missions spécifiques exercées par les hôpitaux de proximité ne sont pas rémunérées par la T2A, en particulier les actions conduites en lien avec la ville ou le secteur médico-social s'agissant de la médecine de parcours.

Le Gouvernement a donc souhaité depuis deux ans veiller à la garantie d'un maillage territorial des établissements de santé déterminé par les besoins des populations et non par les effets mécaniques du système de financement. Parce que l'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national est une priorité absolue, Madame la ministre des affaires sociales et de la santé a mis en place en décembre 2012 le pacte Territoire Santé, qui comporte douze engagements.

Concernant les établissements de santé, l'engagement n°11 prévoit l'adaptation des hôpitaux de proximité et la responsabilisation des centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire. La préservation d'un accès aux établissements de santé sur tous les territoires implique donc de réviser le financement de la tarification à l'activité, qui peut mettre des établissements en difficulté financière alors même qu'ils sont indispensables. A ce titre, la problématique du financement des ex-hôpitaux locaux, et celle du financement des activités isolées ont été travaillées par le Gouvernement et vont être prochainement mises en œuvre.

b) Soutenir les professionnels de santé du premier recours en précisant et en finançant les missions des hôpitaux de proximité, en application du Pacte territoire santé

La loi HPST de 2009 a supprimé la catégorie juridique d'hôpital local (HL). Ces ex-HL, devenus centres hospitaliers, ne sont pas passés à la tarification à l'acte en 2004 et ont bénéficié d'un régime temporaire sous dotation annuelle de financement (DAF). A compter du 1er mars 2015, sans intervention du législateur, l'ensemble des ex-hôpitaux locaux exerçant en majorité une activité de médecine, verront leur activité valorisée en T2A. Les ex-HL ayant une forte activité de SSR ont vocation à se voir appliquer la réforme du financement du SSR à compter de 2016.

Si les ex-HL ne peuvent rester à l'écart de la réforme du financement hospitalier, néanmoins une application aveugle de la T2A n'est pas adaptée à ce type d'établissement :

- au regard de la durée moyenne de séjour (16 jours soit près de trois fois la moyenne nationale) ;
- au regard de la faiblesse du volume de l'activité de médecine (en moyenne de 260 séjours par an) ;
- au regard de la patientèle âgée (l'âge moyen du patient est 78,8 ans contre 67,8 ans en moyenne nationale) et d'une prédominance de médecine gériatrique.

Le passage à la T2A occasionnerait un effet revenu globalement négatif pour les ex-HL (même si certains d'entre eux sont potentiellement gagnants) et pourrait à terme générer la fermeture de structures pourtant indispensables au maintien d'une offre de soins de

proximité. Il convient dès lors de mettre en place un financement adapté c'est-à-dire ne remettant pas en cause la prise en charge dispensée par les ex-hôpitaux locaux tout en incitant à l'efficience.

Au-delà du seul cas des ex-HL, le ministère chargé de la santé souhaite mettre en œuvre un financement dédié aux hôpitaux de proximité dès le PLFSS 2015, en application de l'engagement n°11 du Pacte territoire santé (PTS) qui confie aux hôpitaux de proximité un rôle important dans la structuration de l'offre de soins de premier recours.

En effet, si le maintien d'une offre de soins hospitalière au profit de territoires isolés fait l'objet des mesures exposées au paragraphe précédent, les missions des hôpitaux de proximité s'inscrivent dans une vision plus large. Il s'agit de déterminer le soutien que ces établissements peuvent apporter aux acteurs du premier recours, soit directement, soit en articulation avec d'autres établissements hospitaliers disposant de ressources humaines et techniques plus rares. Par exemple : lits de médecine pour des patients dont les durées moyennes de séjour sont atypiques, capacités de téléconsultation ou de télé-imagerie, consultations avancées ou interventions d'équipes mobiles réalisées par des professionnels provenant d'autres établissements...

Tous les établissements de santé, privés comme publics, reconnus comme hôpitaux de proximité, seraient éligibles à l'attribution d'un financement spécifique leur permettant de supporter la charge de ces missions précisées par les ARS dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, à partir d'un cadrage précisé par décret.

c) Dépasser la concurrence au cœur du financement à l'activité par la promotion et l'accompagnement des coopérations hospitalières et une mutualisation accrue des ressources hospitalières les plus rares : l'exemple de la télémédecine

Le modèle de financement à l'activité met en concurrence les établissements de santé sur un même bassin de vie et ainsi peut décourager les coopérations entre établissements et pénaliser la coordination des soins du patient. L'IGF le souligne : « *le mode de paiement à l'acte ou au séjour favorise le développement de l'activité et la fragmentation des soins plutôt que la prévention, l'éducation, la surveillance, la coordination et les parcours de soins* »⁵.

Sur ce point, il est constaté que la dynamique de coopération reste, à ce jour, très modeste avec une moyenne de l'ordre de 6 fusions d'établissements publics par an sur les 17 dernières années (116 fusions entre 1995 et 2012). Or, pour répondre aux efforts d'efficience requis notamment du fait de la contrainte économique, il est nécessaire que cette dynamique s'accélère. Ce constat a amené le gouvernement à formuler des propositions pour rendre obligatoires l'adhésion à un groupement hospitalier de territoire (GHT), en charge d'un projet médical unique entre les établissements publics de santé d'un

⁵ Inspection générale des finances (IGF), *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, 2012, page 34

même territoire, dans le cadre d'une approche centrée sur les besoins des patients et non plus fixée sur les structures.

La dynamisation de l'ensemble des formes de coopération hospitalières nécessite aussi de nombreuses évolutions des textes relatifs aux Groupements de coopération sanitaire aujourd'hui à l'étude et qui trouveront leur traduction soit dans les prochains PLFSS, soit dans le projet de loi de santé, en cours d'examen par le Conseil d'Etat.

A titre d'exemples, ces mesures faciliteront les coopérations portées par les GCS dans le domaine des laboratoires de biologie médicale et les pharmacies à usage interne partagés. Mais les modalités d'association des professionnels libéraux à ces groupements seront simplifiées et facilitées.

De même, le droit des CHT pourrait évoluer pour faciliter une intégration plus poussée des fonctions transversales dans le respect de l'identité de ses membres.

Dans tous les cas, l'impact de ces évolutions en termes d'efficience de la dépense et sur les règles de financement de droit commun devra être apprécié et leur nécessaire adaptation mise en œuvre.

La télé-médecine constitue un vecteur déterminant pour une meilleure mutualisation des ressources et des compétences hospitalières les plus rares.

Mêlant efficience et réponses aux attentes des patients, elle s'est particulièrement développée à l'hôpital, peinant à investir le secteur médico-social et ambulatoire, ce qui peut pénaliser la prise en charge coordonnée des soins pour l'utilisateur.

C'est pour instaurer un véritable dialogue numérique que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (article 36) a prévu l'expérimentation du financement d'actes de télé-médecine dans plusieurs régions pilotes en ville (maisons et centres de santé, cabinets libéraux...) et en structures médico-sociales (maisons de retraite, EHPAD...). Neuf régions ont été sélectionnées le premier semestre 2014 et vont pouvoir expérimenter des tarifs préfigurateurs. Il s'agit des régions Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays-de-la-Loire et Picardie.

Dans les prochains mois, les premiers patients pris en charge par télé-médecine pourront bénéficier à distance de consultations par des médecins spécialistes, dont la répartition est parfois inégale sur le territoire. Pour certains patients aux pathologies complexes, comme les personnes âgées résidant en EHPAD, la télé-médecine offrira par exemple une prise en charge gériatrique et psychiatrique par des médecins experts exerçant dans des centres hospitaliers, centres de santé, maisons de santé ou cabinets parfois éloignés. Ces expérimentations vont offrir également la possibilité d'améliorer le suivi des patients à domicile, grâce à la télésurveillance, en particulier pour ceux atteints d'insuffisance cardiaque.

d) Relancer le développement de l'hospitalisation à domicile

La tarification à l'activité en HAD a été instaurée en 2005. Elle s'appuie sur un modèle rustique de description de l'activité médicale par une vingtaine de modes de prise en charge couvrant des champs aussi divers que la médecine, les suites de chirurgie, l'obstétrique, les soins de suite et de réadaptation et le traitement du cancer. La valorisation des prises en charges repose sur une étude de coût ad hoc menée au tout début des années 2000, sur la base de données fournies par quelques établissements à la fin des années 90, et qui présente de nombreuses faiblesses.

La T2A a permis un développement très significatif de l'HAD dans la période 2005-2010 avec des taux de progression à deux chiffres. Depuis 2011, si l'activité continue de progresser, on constate un essoufflement progressif de la dynamique avec un taux de progression de 4,2% de journées seulement en 2013 par rapport à 2012.

Si les raisons de ce « tassement » sont multiples, les limites atteintes par le modèle actuel de financement y contribuent très certainement. On citera au passage l'évolution minimale des tarifs depuis 2005 et l'alourdissement des coûts de fonctionnement suscités par la reconnaissance en 2009 pour tous les établissements d'HAD du statut d'établissement de santé, laquelle a impliqué d'absorber l'ensemble des contraintes de qualité et de sécurité applicables aux établissements de santé.

Concernant le modèle de financement, les principales difficultés rencontrées sont les suivantes :

- Une classification de l'activité sommaire, ne permettant pas de décrire finement le contenu des prises en charges, notamment sur le plan médical, et des modes de prise en charge datés ne permettant pas d'y faire entrer de nouvelles indications de l'HAD survenues du fait de l'évolution notamment des techniques de soins
- Une prise en compte extrêmement difficile de l'évolution des coûts de traitement (molécules onéreuses notamment), les tarifs issus des coûts de l'époque de l'étude initiale ne reflétant plus du tout la proportion de ces molécules dans les séjours. D'une part, la gestion de la liste en sus pour l'HAD sur les mêmes critères que celles de l'hôpital apparaît de moins en moins correspondre aux réalités économiques. D'autre part, la construction du modèle rend particulièrement complexes les tentatives d'intégration de la valorisation des molécules sorties de cette liste. Enfin, la méthode de calcul de la réintégration ne tient pas compte du fait qu'un développement de l'activité en HAD est escompté
- Une tarification pour l'essentiel en groupes homogènes de tarifs qui ne fait pas la distinction entre les différents « compartiments » de coûts repérables en HAD, selon qu'elle réalise des actions de coordination, des actions de soins directs, des actions relatives à la continuité des soins, etc. et qui devraient faire l'objet d'une palette de tarification plus diversifiée
- Une échelle nationale de coûts qui souffre des insuffisances du modèle, tant sur sa partie information médicalisée que sur la fiabilité des coûts et n'a pu, à ce jour, soutenir de mécanisme d'ajustement suffisamment solide.

L'ensemble de ces constats constitue, dans de nombreuses situations, un obstacle de plus en plus visible au développement de l'HAD. Or, le développement attendu de l'HAD s'est traduit fin 2013 par la publication d'une instruction de la DGOS appelant à un nouvel effort de doublement d'activité entre 2011 et 2018, pour atteindre un taux de recours minimum sur les territoires de 30 à 35 patients / jour / 100 000 habitants. Il est donc capital de remédier, aussi rapidement que possible, aux insuffisances repérées.

Dans ce contexte, ont été entrepris de premiers travaux destinés à préparer la réforme indispensable, à terme, du modèle de financement :

- Depuis 2012, l'ATIH travaille à la réforme de la classification de l'activité. Les premiers résultats des travaux exploratoires sont en cours d'exploitation
- 2 groupes de travail ont pour objet depuis 2013 de réaliser la description la plus fine possible des activités réalisées par un établissement d'HAD, d'une part, et de contribuer à préciser mieux, dans l'état actuel du modèle, les conditions d'indications pour le codage des modes de prise en charge, afin de lever les obstacles techniques éventuels aux prises en charge
- Dans le cadre du CORETAH, l'exploration du potentiel substitutif de l'HAD pour une partie de certains séjours longs de chirurgie a été lancée, afin de proposer, dès la campagne 2015, une expérience de financement d'une séquence de soins hôpital/HAD favorisant le retour le plus rapide possible au domicile pour un coût optimisé
- Dès la campagne 2013 ainsi que pour les suivantes, des mesures de prise en compte de la gestion des molécules onéreuses sont intervenues.

La réforme complète du modèle de classification et de tarification est un objectif fixé à horizon 2018 pour une « année à blanc » en 2019 destinée à mesurer l'impact de la réforme. A cet effet, une démarche projet associant étroitement ATIH et DGOS est en cours de constitution.

III. Lier la qualité des soins et la sécurité des patients avec le financement des activités

- a) Faire de la qualité un levier de la régulation : la qualité, sa mesure et la publicité de ses résultats constituent un enjeu de démocratie sanitaire jusqu'à présent ignoré des dispositifs de financement

L'amélioration de la qualité des soins est un vecteur central dans la poursuite de l'excellence du système de santé français. Pour rappel, la qualité des soins est une notion large, la mission d'évaluation et de contrôle de la loi de sécurité sociale (Mecss) la définit comme « *la sécurité des patients, la gestion des risques liés à la prise médicamenteuse, à l'utilisation de dispositifs médicaux, implantables ou non, à l'environnement (eau, air, alimentation, déchets...), le suivi de procédures de surveillance* »⁶.

Faire de la qualité un levier de la régulation est aussi un enjeu de démocratie sanitaire puisqu'il s'agit d'éclairer le choix du patient. La liberté de choix des patients constitue en effet l'une des « mains invisibles » qui régulent l'offre de soins et elle s'exerce en général selon deux critères déterminants : la proximité géographique de la prise en charge et, souvent de façon prépondérante, la qualité supposée de cette prise en charge, qu'il s'agisse de la réputation d'un professionnel de santé en particulier ou d'un établissement pris dans son ensemble.

La sensibilité des usagers aux informations relatives à la qualité des établissements de santé se mesure au travers de l'augmentation systématique du tirage des revues grand public lorsqu'elles publient des classements sur ces sujets, même s'ils sont parfois construits sur des bases méthodologiques relativement floues.

L'information à mettre à la disposition du public doit donc être robuste méthodologiquement et déontologiquement, et adaptée à ses attentes et aux différents niveaux de lecture requis. L'intégration de PLATINES dans l'outil SCOPE SANTE, site d'information des usagers piloté par la Haute autorité de santé et ouvert fin 2013, participe de la réalisation de cet objectif.

Renforcer le rôle du patient, de mieux en mieux éclairé, comme l'un des régulateurs de l'offre de soins est aujourd'hui possible. Ceci ne peut qu'amplifier l'effet de levier déjà joué

⁶ Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS), *Refonder la tarification hospitalière au service du patient*, 2012, page 106

par la publicité des résultats des indicateurs de qualité opposables, les effecteurs de soins étant extrêmement soucieux de leur réputation.

Pour autant, la mise en place à l'étranger, notamment aux Etats-Unis, d'un « paiement à la performance » a relancé l'interrogation récurrente de l'absence de lien, aujourd'hui, entre les dispositifs de financement hospitaliers (T2A ou DAF) et les indicateurs de qualité.

Or, l'optimisation du maillage territorial de l'offre de soins, avec la réduction des redondances et la spécialisation des acteurs via les coopérations nécessaires, mais aussi la médecine de parcours qui va demander aux patients d'être mieux observants et de s'inscrire dans des processus de soins multi-acteurs protocolisés à l'avance, pourraient au fil du temps réduire l'émulation entre acteurs au service de la qualité nourrie notamment par la liberté de choix du patient.

C'est pourquoi l'incitation financière à l'amélioration de la qualité, la V2014 de la certification et les évolutions du droit des autorisations à inscrire dans la future loi de santé vont concourir à développer la culture de la qualité perçue par tous comme un processus d'amélioration continue dont les exigences ne cesseront d'être rehaussées au fil du temps.

Ce faisant, sera conforté le rôle de la qualité comme l'un des leviers majeurs de la régulation de l'offre de soins.

Le développement d'indicateurs de qualité et la mise de place de procédures de certification par la Haute autorité de santé ont permis dans un premier temps de s'assurer que la T2A n' a pas eu d'impact sur la qualité des soins produits. Souhaitant renforcer l'exigence de la qualité au sein des établissements de santé, l'ambition est désormais d'intégrer la qualité dans le modèle de financement.

Dans ce contexte, la mesure de la satisfaction des usagers a été expérimentée en 2013 : il s'agit de la démarche I-SATIS.

L'indicateur I-SATIS est un indicateur qui mesure la satisfaction des patients hospitalisés dans les établissements MCO par rapport à différentes composantes de leur prise en charge. C'est le premier indicateur de résultat. Il permet de rendre le patient co-acteur de sa prise en charge, en lui donnant la parole sur son ressenti. Cet indicateur comporte les 6 scores thématiques suivants : la prise en charge globale du patient, l'attitude des professionnels de santé, la communication du patient avec les professionnels de santé, l'information du patient, la restauration hospitalière et la commodité de la chambre. Un score global de satisfaction est calculé à partir de ces scores thématiques.

Cet indicateur a déjà intégré le baromètre de l'action publique en juillet 2013.

La DGOS travaille à la mise en place de cet indicateur en articulation étroite avec l'ensemble des partenaires concernés que sont la HAS et l'Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Les fédérations hospitalières (FHF, FHP-MCO, FEHAP et Unicancer) ont été associées à la mise en œuvre de cet indicateur. Les deux points sensibles résiduels sont, d'une part, le recueil du consentement imposé par la CNIL (qui

alourdit considérablement le processus imaginé initialement) et, d'autre part, l'impossibilité de proposer des résultats par service (objectif également recherché par les usagers).

S'agissant de la campagne 2013, 151 établissements de santé volontaires ont participé à la 3ème campagne de recueil. Ces établissements de santé ont reçu les résultats individuels des 6 scores thématiques et du score de satisfaction globale. Seuls les résultats nationaux sont publiés sur le site du ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les résultats nationaux de la 3ème campagne 2013 montrent un score de satisfaction globale constant depuis 2011 (autour de 72%).

S'agissant de la campagne 2014, le recueil a été rendu obligatoire pour les établissements MCO par décret. Cette campagne sera clôturée mi septembre 2014. Il n'y aura pas de diffusion publique des résultats cette année, celle-ci n'intervenant au mieux qu'en 2015. En effet, l'exhaustivité et la qualité du recueil devront préalablement être vérifiées.

Parallèlement, une expérimentation a été lancée par la DGOS. Elle devrait permettre de résoudre les difficultés techniques et procédurales du recueil du consentement en proposant de nouvelles modalités d'enquêtes (objectif 2016).

Le transfert de l'indicateur I-SATIS à la HAS a été confirmé en novembre 2013 et sera effectif au 1^{er} janvier 2015. Ce transfert pourrait être l'occasion de faire évoluer cet indicateur en partenariat avec les professionnels sur la base du retour d'expérience des premières campagnes de recueil, afin d'améliorer la robustesse de la méthodologie de sa construction. Ultérieurement, les résultats de cet indicateur ont vocation à être intégrés dans le score IFAQ (cf infra).

S'agissant de l'extension de cet indicateur : la FNEHAD a manifesté son intérêt pour qu'I-SATIS puisse s'appliquer aux patients du secteur de l'hospitalisation à domicile ; le sujet de l'application au secteur SSR sera traité dans le cadre des travaux conduits sur ce champ pour refonder le modèle de financement des soins de suite et de réadaptation.

b) Inciter financièrement à l'amélioration de la qualité : l'initiative de la France est pionnière en Europe

Une expérimentation d'un paiement incitatif à la qualité a été mise en place en France sur la base des enseignements des expériences anglo-saxonnes ; sa généralisation est proposée dans le PLFSS pour 2015.

En effet, grâce aux efforts portés par les communautés hospitalières depuis plus de vingt ans, les progrès accomplis sur le champ de la mesure de la qualité sont considérables. Il devient aujourd'hui possible de franchir une nouvelle étape et, tout en faisant évoluer au sein des établissements l'ingénierie de la qualité davantage pilotée par des indicateurs de résultats, de diffuser vers le grand public des informations lui permettant de mieux apprécier la qualité des opérateurs de soins.

Le ministère des affaires sociales et de la santé a décidé dès 2012 de mettre en œuvre un dispositif ambitieux : l'incitation financière à l'amélioration de la qualité de la prise en charge (IFAQ) par les établissements MCO dans un premier temps. La France est donc le premier pays en Europe à tenter d'établir un lien entre la qualité du soin produit et les dispositifs de financement hospitaliers selon une approche originale qui s'écarte du « payment for performance » ou P4P américain.

Le projet a été co-piloté par la HAS et le ministère de la santé. Il a été décidé que le modèle IFAQ serait construit par des experts reconnus, en l'occurrence l'équipe COMPAQ de l'INSERM, et en toute transparence grâce à l'association étroite d'experts mandatés par l'ensemble des fédérations hospitalières, notamment afin de prévenir tout risque de favoriser, volontairement ou non, telle ou telle catégorie d'établissement.

Tout d'abord, a été écartée l'idée d'un paiement à la performance. La performance se rétribue elle-même. La performance sur le champ de la santé se définit comme résultant de la qualité et de l'efficacité médico-économique. Dès lors, un établissement performant atteint voire dépasse positivement son point d'équilibre économique ; au surplus, lui verser une dotation au seul motif de sa performance pourrait contrevenir à la règle communautaire de non surcompensation des charges s'agissant d'établissements pour l'essentiel financés par des ressources publiques.

Il a également été considéré que le tarif n'est pas le vecteur adapté d'une traduction financière de la qualité du soin produit. En effet, le tarif est dans tous les cas supposé financer un soin réalisé à l'état de l'art pour ce qui concerne la qualité. Différencier des tarifs au motif de la qualité, pour une même prise en charge, consacrerait l'image d'un système acceptant dans la durée qu'il y ait des niveaux de qualité différents pour des prises en charge identiques. De plus, les études montrent qu'aux Etats-Unis, qui pratiquent un jeu à somme nulle, les ressources retirées aux établissements les moins bien classés financent celles distribuées aux meilleurs, les établissements pénalisés ne progressent pas ou peu. Par ailleurs, la lisibilité d'une dotation obtenue en contrepartie d'excellents résultats de l'établissement constitue un levier de mobilisation interne à l'appui des responsables qualité et qui leur fait défaut aujourd'hui.

Enfin, le principe même de la sanction négative paraît devoir être proscrit dans le cadre d'un système global de comparaison des résultats atteints par l'ensemble des établissements, car il est porteur d'un risque de sous-déclaration donc d'une méconnaissance à terme du niveau de qualité, ce qui reviendrait à anéantir tous les efforts réalisés en ce domaine. Ce principe se concrétise par les chartes de non punition dont se dotent un nombre grandissant d'établissements.

Le troisième grand principe est le corollaire du précédent : puisque la qualité est financée à l'état de l'art, alors faut-il récompenser les meilleurs et pour quoi faire ? La réponse constitue le principe moteur du modèle IFAQ : une dotation servie sur la base d'indicateurs de qualité a vocation à compenser les efforts d'établissements qui surinvestissent le champ de la qualité ; elle doit donc essentiellement stimuler l'amélioration de la qualité. D'où le nom du projet : incitation financière à l'amélioration de la qualité.

Ainsi, deux types d'établissements surinvestissent la qualité : ceux qui sont en avance et préparent en quelque sorte les standards de la qualité pour demain ; et ceux aussi qui, pour des raisons diverses, doivent rattraper un retard et le font en progressant plus vite que la moyenne des établissements. En conséquence, IFAQ représente une forme de compensation légitime d'un effort supplémentaire par rapport à la moyenne des établissements.

Le modèle IFAQ n'est donc pas un pur classement des établissements ayant les meilleurs résultats : il combine les notions de résultat et d'effort. Grâce à cette dynamique, il ne peut y avoir de rente de situation : pour se maintenir en haut du tableau, les meilleurs ne doivent pas relâcher leurs efforts.

Le quatrième grand principe est que le modèle doit s'appuyer sur des indicateurs transversaux existants ne nécessitant pas d'effort supplémentaire de la part des établissements, ou traduisant le degré de leur avancement dans la réalisation de politiques publiques en lien avec les thématiques de qualité, sécurité, voire pertinence des soins. Par exemple : les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, la tenue du dossier patient, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, les indicateurs issus de la démarche hôpital numérique etc... De plus, afin de tenir compte des intervalles de confiance, les résultats présentés sous forme de lettres (A, B, C, D) déjà pratiquées pour les infections nosocomiales et auxquels les acteurs et le public sont accoutumés, ont été préférés aux notes chiffrées.

Enfin, tout le projet IFAQ repose sur un présupposé : déployer des incitatifs financiers sur le champ de la qualité entraîne son amélioration. C'est pourquoi une autre des originalités du projet consiste dans le fait que l'expérimentation doit non seulement permettre de construire l'algorithme d'IFAQ, mais encore de vérifier que la courbe « naturelle » de l'amélioration de la qualité se modifie à la hausse grâce aux incitations financières. C'est, sans doute, l'un des points de méthode les plus délicats du projet.

De même, il est apparu que le lien de cohérence entre IFAQ et la certification devait être très fortement affirmé : dès lors, aucun établissement frappé d'au moins une réserve de certification ne peut être retenu dans le classement IFAQ, que cette situation existe au moment où débute la période de recueil des résultats des indicateurs, ou qu'elle intervienne ensuite et jusqu'à la veille de la publication des scores IFAQ. Au total, 19 indicateurs ont permis de former un score unique, appelé score agrégé IFAQ.

Le ministère et la Haute autorité de santé (HAS) ont lancé un appel à candidature fin juin 2012, auquel 450 établissements de santé ont candidaté. 217 ont été retenus et ont participé à l'expérimentation. Celle-ci s'est déroulée entre novembre 2012 et juin 2014. Seuls sont éligibles au financement les établissements de santé MCO certifiés sans réserves en fin de période.

Un financement est prévu sous forme de crédits d'aide à la contractualisation (premier versement fin 2014) pour les établissements expérimentateurs les plus performants. La dotation ne peut dépasser 500 k€ ou être inférieure à 50k€. Son montant est déterminé en fonction du « *score IFAQ* » obtenu par les établissements. Ceci permet de valoriser :

- l'excellence et la promotion des standards de demain, c'est-à-dire les 33% d'établissements ayant reçu le meilleur score, avec une prime supplémentaire au bénéfice des meilleurs établissements dans chaque catégorie (CHU, CH, EBNL, CLCC, etc.) ;
- l'effort des établissements qui ont produit une progression de leurs indicateurs plus rapide que la moyenne.

Une enquête qualitative sur l'appropriation de la démarche par les acteurs a été lancée à la fin du premier semestre 2014. L'évaluation quantitative de l'effet de l'incitation financière sera réalisée lors du premier semestre 2015. Afin de fiabiliser les données utilisées pour le calcul du score, un contrôle de la qualité du recueil des indicateurs par les établissements primés sera mis en œuvre à partir de la fin de l'année 2014.

Une nouvelle phase de montée en charge doit prochainement permettre d'intégrer de nouveaux établissements et de nouveaux indicateurs, pour adapter le modèle à la remontée désormais biennale des indicateurs et pour évaluer la persistance d'un effet de l'incitation au cours du temps. Ainsi, un nouvel appel à candidature a été lancé par le Ministère de la santé et la HAS en juin 2014, avec comme cible un minimum de 500 établissements participants.

Les nouveaux indicateurs retenus sont des indicateurs de spécialités, par exemple la prise en charge de l'infarctus du myocarde, ainsi que l'indicateur de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) déjà évoqué. Les modalités de calcul du score seront déterminées au cours des travaux du groupe technique en 2014 et 2015.

Dès le PFLSS 2015, une mesure vise à créer un compartiment dans le modèle de financement dédié à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette disposition législative permettra d'assurer la pérennité des financements de l'amélioration de la qualité des soins et d'envisager la généralisation d'IFAQ en 2016 sur l'ensemble des établissements MCO.

L'extension du dispositif IFAQ aux activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) va être étudiée à partir de la fin 2014, sous l'égide du Comité de pilotage en charge de l'élaboration du futur modèle de financement SSR et auquel participent l'ensemble des fédérations hospitalières, la Croix rouge française et la direction générale des UGECAM.

Si ce chantier a vocation à se dérouler selon des conditions méthodologiques comparables à celles qui ont prévalu pour le champ MCO, les objectifs initiaux répondront aux spécificités du secteur. En effet, autant le champ MCO est arrivé à maturité et dispose de nombreux indicateurs robustes, autant le secteur SSR ne dispose que de très peu d'indicateurs spécifiques. C'est pourquoi IFAQ pourrait être conçu dans un premier temps comme un moyen d'accélérer le déploiement d'indicateurs nouveaux ou jusque là facultatifs pour les établissements SSR, au service de l'amélioration de la qualité des soins qu'ils produisent.

- c) Mettre en place un suivi individualisé au profit des établissements dont les indicateurs de qualité et sécurité des soins, et les résultats de la certification, présentent des écarts excessifs ou sont non conformes aux référentiels nationaux de qualité et sécurité des soins

Les différentes enquêtes nationales (l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins, ENEIS-2009) et l'enquête nationale de prévalence de 2012 conduisent à identifier 3 risques majeurs dans la prise en charge des patients :

- le risque médicamenteux ;
- le risque infectieux ;
- le risque de ruptures de parcours (ruptures de la continuité des soins, manque de coordination, identitovigilance...).

A ce titre, un événement indésirable grave (EIG) se déroule tous les 5 jours dans un service de 30 lits et une infection sur 4 est importée d'un autre établissement.

Des études américaines évaluent le coût moyen de prise en charge hospitalière d'un EIG médicamenteux à 3 244 \$. Une étude du New England Journal of Medicine évalue à 39 % les erreurs médicamenteuses graves liées à la prescription et à 38 % celles liées à l'administration (rapport IGAS : le circuit du médicament à l'hôpital-mai 2011).

La mise en place d'un contrat d'amélioration des pratiques organisationnelles entre les ARS et les établissements dont les indicateurs de qualité et sécurité des soins présentent des écarts excessifs ou sont non conformes aux référentiels nationaux et portant sur les principaux risques identifiés, apparaît donc nécessaire.

Ce dispositif, proposé dans le cadre du PLFSS pour 2015, sera décliné en trois temps :

- ciblage des établissements ayant un taux de risque élevé et contractualisation avec ces derniers ;
- Suivi des objectifs quantitatifs inscrits dans le plan d'action ;
- Mise en place de sanction en cas de non atteinte des objectifs quantitatifs de réduction des risques.

L'identification des établissements à risque fort s'appuiera sur certains indicateurs déjà disponibles et d'autres à développer. Pour le risque infectieux, les indicateurs du tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales (TBIN) seront mobilisés ; sur le risque de ruptures de parcours (coordination ville-hôpital), le taux de ré-hospitalisations est un bon marqueur de qualité des prises en charge. Cet indicateur sera développé en lien avec l'ATIH. Concernant le risque médicamenteux, le contrat de bon usage (CBU) permettra de cibler les établissements éventuellement défaillants (ce risque ne sera pas sanctionné dans le cadre du dispositif contractuel présenté, le CBU permettant déjà d'appliquer des pénalités).

Le nombre d'établissements susceptibles de s'engager dans ce type de contractualisation devra être précisé mais il peut d'ores et déjà être approché :

- Environ 10% des établissements MCO présentent un risque infectieux selon le TBIN (soit 130 établissements)
- Environ 10% des établissements MCO sont identifiés comme à risque selon le CBU (soit 100 établissements);

- S'agissant des ruptures de parcours, nous ne disposons pas à ce jour de l'indicateur marqueur (taux de ré hospitalisations en cours de construction).

Ce contrat portera sur l'amélioration des pratiques pour minimiser les risques identifiés et sera le support d'objectifs quantifiés, auxquels seront associées des actions correctrices.

Chaque année, en cas d'écarts par rapport aux engagements contractuels ou de non atteinte des objectifs du contrat, l'Agence Régionale de Santé pourra, après que l'établissement ait pu présenter ses observations, appliquer des sanctions à l'établissement.

Ces sanctions correspondront à une pénalité financière, proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne pouvant excéder, au cours d'une même année, 1 % des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.

d) Transformer fondamentalement les dispositifs de financement lorsque l'évolution des pratiques les met en contradiction avec la qualité des soins : l'exemple de la radiothérapie

Le financement à la séance (dans les établissements de santé) ou en fonction des doses administrées au patient (dans les cabinets de radiothérapie de ville) n'est plus adapté pour certaines prises en charge en regard des recommandations de la HAS, de l'Autorité de sûreté nucléaire et des sociétés savantes.

C'est pourquoi il est prévu depuis 2014 une tarification dédiée au parcours en radiothérapie (pour le cancer du sein et de la prostate) permettant de financer de manière intégrée toutes les étapes du traitement, évitant ainsi que les décisions médicales ne soient confrontées à des enjeux de nature économique.

Segment majeur du traitement du cancer, la radiothérapie concerne 175 000 patients sur les 365 000 nouveaux patients pris en charge chaque année⁷. Spécialité relativement bien standardisée et protocolisée selon les localisations, elle nécessite une coordination forte des professionnels pour assurer la qualité et le suivi de la prise en charge, et s'inscrit ainsi pleinement dans une approche de parcours de soins.

Par ailleurs, l'activité de radiothérapie est marquée ces dernières années par des évolutions importantes :

- progression des outils, techniques et modes de prise en charge : développement d'équipements de radiothérapie de haute précision, diminution du fractionnement des doses d'irradiation, etc. ;

⁷ Société française de radiothérapie oncologique (SFRO), *Livre Blanc de la radiothérapie en France*, 2013

- renforcement des enjeux de qualité et sécurité, notamment du contrôle-qualité spécifique des équipements de radiothérapie et de la prise en charge pendant la phase de traitement ;
- tendance à l'augmentation des dépenses totales de radiothérapie ces dernières années alors que le nombre de patients et de traitements de radiothérapie reste stable.

Dès lors, il est apparu nécessaire de faire évoluer le modèle actuel de financement de la radiothérapie, qui comporte de nombreuses limites :

- hétérogénéité des modalités de financement selon les secteurs (public hospitalier versus privé libéral) ;
- insuffisante prise en compte des enjeux de qualité et de sécurité des soins dans les modalités de financement ;
- insuffisante incitation à la prise en compte des nouvelles techniques et de l'évolution des pratiques de prise en charge. Le modèle de tarification est en effet fondé sur des critères pour partie obsolètes (séance d'irradiation pour le secteur hospitalier et dose totale d'irradiation pour le secteur libéral).

Il a ainsi été décidé d'expérimenter un nouveau modèle de financement de la radiothérapie, en visant un modèle plus intégré et plus lisible, qui ne serait plus fondé sur la séance ou sur la dose totale d'irradiation, mais pourrait comprendre tous les paramètres du traitement itératif du cancer par radiothérapie dispensé au patient, dans une logique de meilleure prise en compte du parcours de soins.

Afin de poursuivre cette logique, l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit l'expérimentation d'un financement au parcours dans le champ des affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe. L'article instaure ainsi, pour une durée maximale de quatre ans, un cadre juridique et financier permettant de déroger aux règles actuelles de financement des acteurs de santé (établissements de santé, cabinets et médecins libéraux) contribuant à la prise en charge du traitement du cancer par radiothérapie externe. L'ensemble de ces acteurs est soumis à cette expérimentation qui s'appliquera dès 2015. Dans un premier temps, ce nouveau modèle de tarification concernera deux localisations : sein et prostate.

La mise en œuvre de cette expérimentation implique la réalisation de travaux préalables, actuellement en cours (enquête de pratiques, enquête de coûts, mise à niveau des systèmes d'informations des centres de radiothérapie, élaboration de recommandations de bonnes pratiques). Ces travaux associent l'ensemble des professionnels et institutionnels concernés, en vue de mettre en place un nouveau modèle de financement concerté et adapté aux enjeux de cette activité.

Au vu des travaux déjà réalisés, l'expérimentation se matérialisera par l'instauration d'un financement au forfait en radiothérapie pour le cancer du sein et celui de la prostate. Pour ces deux pathologies, le décret d'application de l'article 43 de la LFSS 2014 est en cours de finalisation avec les professionnels.

A l'issue de l'expérimentation, une évaluation du modèle de financement ainsi que de son impact financier, organisationnel et en termes de qualité et sécurité des soins, sera menée afin d'évaluer la pertinence de son éventuelle extension à d'autres localisations.

IV. Lutter contre les inadéquations et les soins non pertinents et accélérer la modernisation des modalités de prise en charge et des organisations hospitalières

- a) Déployer, au niveau des établissements préalablement identifiés, une pédagogie sur des activités ciblées en forte croissance pour promouvoir les bonnes pratiques et améliorer la pertinence des prises en charge

L'analyse des taux de recours aux soins fait ressortir, sur certains segments d'activité, des variations très fortes entre les régions et entre les territoires de santé, que les indicateurs démographiques ou sanitaires ne suffisent pas à expliquer.

Un soin est qualifié de non pertinent lorsqu'il n'est pas dispensé en adéquation avec les besoins du patient et conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales.

A titre d'exemple, sur cinq interventions chirurgicales (chirurgie du canal carpien, appendicectomie, cholécystectomie, thyroïdectomie, amygdalectomie), les taux de recours régionaux varient dans des proportions plus ou moins importantes selon les actes (fourchette de 1 à 1,2 pour l'appendicectomie, la cholécystectomie, la thyroïdectomie, de 1 à 1,3 pour le canal carpien, de 1 à 1,4 pour les amygdalectomies). Si toutes les régions rejoignaient le taux moyen sur ces cinq interventions, cela représenterait une diminution de 33 000 séjours et un gain de l'ordre de 43M€.

Par conséquent, la promotion de la pertinence des soins apparaît comme l'un des outils principaux de l'amélioration de la qualité de l'offre de soins et de l'efficacité des dépenses de santé. La réduction des dépenses attendues grâce à la pertinence des soins participera à la mise en œuvre du plan d'économie.

Des travaux ont été initiés dès 2011 au niveau national comme régional afin d'améliorer la pertinence des soins. Il s'agit désormais d'amplifier et d'accélérer cette démarche.

En collaboration avec la CNAMTS, la HAS et l'ATIH, le ministère a ciblé trente-deux activités dont l'écart entre les taux de recours entre les territoires de santé est particulièrement fort. Cet écart est jugé important lorsqu'il est associé, soit à la gravité des conséquences du geste médical considéré, soit à une fréquence élevée de réalisation du geste et à une évolution dynamique sur les trois dernières années.

Les institutions nationales développent les outils indispensables pour faciliter l'amélioration des pratiques par les professionnels et outiller les acteurs en région :

- la DGOS a piloté l'élaboration d'un guide méthodologique pour détailler la mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la pertinence des soins en région ;
- l'ATIH met à disposition des acteurs les taux de recours hospitaliers sur son site permettant de mettre en évidence les disparités éventuelles de recours à certains soins ;
- la HAS produit des notes de problématique et des référentiels rappelant les bonnes pratiques sur les activités ciblées ; certains outils ont déjà été diffusés par la HAS (césariennes programmées, appendicectomie, syndrome du canal carpien (SCC), cholécystectomie,...) ;
- la CNAMTS concourt à la démarche en menant un accompagnement national sur certaines thématiques auprès des professionnels de santé et des établissements. Elle développe également des indicateurs de ciblage pour le repérage des établissements atypiques et en particulier en 2013 sur la prise en charge du syndrome du canal carpien et l'appendicectomie. En 2013, la pertinence des soins a intégré le programme de gestion du risque des ARS (PR-GDR) permettant ainsi un meilleur suivi des actions menées en région. Le point d'étape réalisé au début de l'année 2014 indique que toutes les régions ont réalisé un diagnostic à partir des taux de recours aux soins, 11 ont élaboré un plan d'action et parmi elles, 7 sont allées plus loin et l'ont déjà mis en œuvre. Les régions qui s'en sont tenu au diagnostic l'ont partagé avec les professionnels de santé dans la plupart des cas ou le feront sous peu.

Dans la continuité des travaux menés depuis 3 ans, et afin de renforcer les moyens d'action en région avec les professionnels, différents travaux nationaux sous pilotage du ministère sont envisagés en 2014 et 2015 :

- la HAS devra poursuivre la réalisation du programme annuel de mise à disposition de référentiels sur la pertinence des soins ;
- en 2014, la CNAMTS devrait enrichir le panel des indicateurs de ciblage des structures atypiques sur d'autres activités : la chirurgie bariatrique, les cholécystectomies et la chirurgie ORL (amygdalectomie et adénoïdectomies). Deux campagnes d'accompagnement sont également prévues sur la prise en charge du SCC et les thyroïdectomies ;
- l'ATIH va actualiser les taux de recours avec les données PMSI 2013 et les mettre à disposition à une maille infra territoriale afin de permettre une analyse plus fine des enjeux de pertinence ;

- 2014 est enfin l'année d'achèvement de l'expérimentation « césarienne programmée à terme : optimiser la pertinence du parcours de la patiente ». Ces travaux associent la DGOS, la HAS, les professionnels, les réseaux de périnatalité et les agences régionales de santé (ARS). Les équipes d'obstétrique étaient invitées à mettre en œuvre un programme d'optimisation de la pertinence des soins à partir d'une analyse de leur pratique pour identifier un objectif concret de qualité (pratique souhaitée). 120 équipes volontaires, soit 20 % des maternités, se sont engagées. Un séminaire d'étape s'est tenu le 9 janvier dernier et le séminaire de clôture doit avoir lieu le 13 novembre 2014. Cette expérimentation devrait permettre de capitaliser sur les facteurs de succès et les difficultés rencontrées dans la conduite de projet et la mise en œuvre des recommandations en établissements.

Au-delà de ces travaux, Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, lors du Salon Santé Autonomie 2014, a affiché la volonté de renforcer les actions menées pour améliorer la pertinence des soins dès 2015.

Il est donc proposé au sein du PLFSS 2015 de rassembler et d'intensifier les démarches menées sur le champ de la pertinence des soins au sein d'une politique globale.

Cette mesure a pour but de donner aux ARS et à l'Assurance maladie les moyens de renforcer l'incitation des établissements de santé à s'engager dans des démarches d'analyse des pratiques. Elle rapprochera les actions entreprises par l'Etat et l'Assurance Maladie (volet pertinence du projet régional de gestion des risques) au sein d'un unique mécanisme graduel :

- la mise en œuvre d'un contrat tripartite (l'établissement de santé, l'ARS et l'Assurance maladie) autour d'objectifs d'amélioration de la pertinence des soins. La contractualisation pourrait porter sur des objectifs relatifs à la mise en place d'actions et/ou des objectifs quantitatifs d'amélioration des pratiques professionnelles ;
- sur certaines activités programmées, la mise sous accord préalable (MSAP) serait un des outils mobilisables, dès lors que les référentiels le permettent. La MSAP serait adaptée aux enjeux de la pertinence des soins et insérée dans la démarche régionale portée par l'ARS en lien avec l'Assurance maladie ;
- une sanction automatique pourrait être appliquée en cas de refus par un établissement de signer le contrat, de manière analogue à ce qui est fait sur le contrat de bon usage du médicament. En cas de non respect des engagements contractuels, l'ARS pourrait décider, en lien avec l'Assurance maladie, d'appliquer des pénalités financières. Une procédure contradictoire serait prévue, au moment du ciblage de l'établissement et avant le prononcé d'une éventuelle sanction.

b) Favoriser, par des financements adaptés, la diffusion de l'innovation :
les exemples du « forfait innovation » et de l'initiative « territoires de
soins numériques »

Le ministère des affaires sociales et de la santé a mis en œuvre depuis 2014 la prise en charge dérogatoire d'actes innovants par le biais du forfait innovation.

Le forfait innovation, défini par l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale, constitue une prise en charge dérogatoire et temporaire d'une technologie de santé innovante. Il concerne les produits, prestations (DM) et/ou les actes innovants pour lesquels la HAS a considéré que, si les données scientifiques relatives à son efficacité et à sa sécurité recueillies au cours d'études cliniques préalables ne suffisaient pas à justifier une prise en charge par la collectivité, elles suggéraient cependant un intérêt potentiel.

La prise en charge financière de cette innovation dite « de rupture » au sens où elle est majeure et répond à un besoin non couvert, reste dérogatoire et conditionnée à la réalisation d'une étude clinique et médico-économique devant permettre de lever les incertitudes initialement soulevées par la HAS.

L'arrêté du 7 mai 2014, relatif au traitement par destruction par ultrasons focalisés de haute intensité du cancer de la prostate, est le premier à mettre en œuvre ce forfait innovation. Un deuxième arrêté, prenant en charge un système de prothèse épirétinienne dans les cas de dégénérescence rétinienne externe sévère à profonde a été pris le 4 août 2014.

Le programme « territoire de soins numérique » (TSN) doté de 80 millions d'euros (dans le cadre des Investissements d'Avenir (PIA)) sera mis en œuvre de fin 2014 à 2017 dans 5 territoires d'excellence, pilotes en matière d'usage du numérique au service de la modernisation du système de santé. Ces territoires d'excellence sont les suivants :

- l'ARS d'Aquitaine « XL ENS »
- l'ARS Bourgogne « E_TICSS (le Territoire Innovant Coordonné Santé Social »
- l'ARS Ile de France « TerriS@anté » (le numérique au service de la santé en métropole du Grand Paris »
- l'ARS de l'Océan indien « Plexus » (plateforme d'échange pour les nouveaux usages des TIC en santé)
- l'ARS de Rhône Alpes « PASCALINE » (parcours de santé coordonné et Accès à l'Innovation Numérique)

Il s'agira d'expérimenter les services et technologies les plus innovants pour garantir une coordination optimale entre tous les acteurs de santé au service du parcours du patient. Ces projets s'appuieront concrètement sur des innovations organisationnelles permettant des prises en charge plus collaboratives, une association plus forte des patients et le renforcement de la coordination des parcours des patients grâce notamment à la mise en œuvre de services d'appui aux professionnels de santé. Ces nouvelles organisations seront soutenues par des innovations technologiques, développées avec l'appui des industriels (ex : objets connectés, outils de maintien à domicile, datamining, serious games, ...).

L'objectif est de faire émerger un bouquet de services intégrés (accessibles notamment via des plateformes de E-santé), utilisé quotidiennement par les professionnels et les patients.

Ce programme a été conçu en mode « laboratoire » pour favoriser à la fois la diversité des solutions proposées et leur concentration. Il contribue ainsi à la Stratégie Nationale de Santé (SNS) et participe au plan de reconquête industrielle « Santé Numérique », en favorisant un écosystème favorable à l'innovation dans la E-Santé. Au terme du programme, les solutions organisationnelles et technologiques qui auront montré leur efficacité seront généralisées.

c) Accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire répond à de nombreux enjeux en termes de bénéfice pour le patient par rapport à une intervention en chirurgie avec hébergement :

- la prise en charge est plus sûre, car plus protocolisée eu égard aux impératifs organisationnels ;
- la prise en charge est plus courte, permettant à la fois de réduire les risques d'infection nosocomiale et d'accélérer le retour au domicile ;
- la prise en charge est moins invalidante : la récupération est plus rapide, les arrêts de travail plus courts et l'employabilité ou l'autonomie sont mieux préservées.

Les avantages pour la collectivité sont également importants :

- les dépenses d'assurance maladie directement liées à la prise en charge sont moindres ; les dépenses différées également du fait de la réduction des risques nosocomiaux et de celle de l'intensité ou de la durée des éventuels soins de suite (indemnités journalières par exemple) ;
- les personnels soignants sont moins sollicités (pas de surveillance de nuit) ;
- les besoins en capacité d'hébergement sont réduits ;
- les externalités positives sont importantes : maintien de l'employabilité et de l'autonomie, retour plus rapide à l'activité professionnelle etc..

La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé ainsi que les différents rapports publiés récemment, notamment le rapport 2013 de la Cour des comptes sur le financement de la sécurité sociale, le rapport de la HAS publié en septembre 2013 sur la tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger et plus récemment le rapport conjoint IGAS-IGF sur les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire (juillet 2014) amènent à proposer une nouvelle étape pour le développement de la chirurgie ambulatoire (CA) en France pour les années 2014-2016.

Le Ministère chargé de la santé a défini fin 2010, en partenariat avec l'ensemble des acteurs⁸, un programme national inscrit parmi les 10 programmes de gestion du risque (GDR) portant sur la période 2010-2016, qui a donné lieu à un engagement collectif autour

⁸Notamment avec la CNAMTS, la DSS, la HAS, l'ANAP, l'ATIH, des ARS, des représentants des Fédérations hospitalières, des professionnels de santé, des établissements de santé et des patients.

du développement de la CA. Ce programme a permis une mise en cohérence des actions nationales et régionales ainsi qu'une mobilisation de l'ensemble des leviers disponibles : organisationnel, réglementaire, tarifaire, mise sous accord préalable notamment.

L'objectif fixé, à la fois ambitieux et réaliste, est d'aboutir à une pratique ambulatoire majoritaire à l'horizon des SROS-PRS fin 2016. Cette cible a été concertée et a recueilli l'adhésion de l'ensemble des acteurs.

Entre 2007 et 2013, le taux global de CA est passé de 32% à près de 43%, soit un gain de près de 10 points. Ces résultats encourageants témoignent des efforts réalisés par les professionnels et les établissements de santé (ES) ainsi que par les ARS. Une réelle dynamique s'est amorcée au travers de ce programme qu'il convient maintenant de poursuivre et d'amplifier. L'ambition est qu'à chaque fois qu'une intervention en ambulatoire est possible (la décision d'éligibilité étant médicale et fonction de l'éligibilité du patient et de la lourdeur de l'acte), elle soit systématiquement privilégiée par rapport à une intervention en hospitalisation complète.

En réinterrogeant le processus de prise en charge du patient et notamment la place de l'hospitalisation complète dans les soins, la CA permet de centrer davantage l'hôpital sur les soins au bénéfice du patient et non plus sur l'hébergement.

Ainsi, le développement de la CA, notamment pour des prises en charge plus complexes (actes plus lourds, co-morbidité des patients), implique :

- des évolutions profondes des organisations des ES ;
- une meilleure structuration des parcours ville/hôpital, notamment le lien avec le médecin traitant.

En réinterrogeant le processus de prise en charge du patient et notamment la place de l'hospitalisation complète dans les soins, la CA permet de centrer davantage l'hôpital sur les soins au bénéfice du patient et non plus sur l'hébergement.

La réussite de ce virage ambulatoire nécessite de conforter pour les années à venir un tendancier de progression soutenu. A cet effet, le Ministère a élaboré un programme d'actions rénové pour la période 2014-2016 permettant de mettre en œuvre une nouvelle étape de développement de la CA sur trois objectifs :

- Promouvoir la qualité et la sécurité des soins et l'innovation en CA ;
- Promouvoir le parcours des patients en CA : accompagner et communiquer ;
- Etendre les incitations et simplifier le modèle de financement.

S'agissant du modèle de financement de la CA, le Ministère a mis en œuvre ces dernières années, dans le cadre des campagnes tarifaires, une politique visant à inciter au développement des prises en charge ambulatoires en chirurgie.

La principale mesure incitative a consisté en la mise en place, dès 2009, d'un « tarif unique » entre le séjour en ambulatoire (identifié par la lettre « J ») et le premier niveau de sévérité (niveau 1) en hospitalisation complète sur des racines de GHM de chirurgie pour lesquels on observait un contenu médical similaire et une prise en charge réalisable en ambulatoire.

Cette politique de tarif unique pour les GHM de chirurgie présentant un fort potentiel de substitution (de l'hospitalisation complète de niveau 1 de sévérité vers l'ambulatoire) a été étendue progressivement à une part plus importante de l'activité de chirurgie : 18 couples de GHM en 2009, 39 en 2012, 47 en 2013.

La campagne tarifaire 2014 marque un tournant significatif de cette politique tarifaire en faveur de la pratique ambulatoire, puisque le tarif unique est généralisé, et s'applique désormais à l'ensemble des 110 GHM de chirurgie ambulatoire (racines de chirurgie comportant un « J » = activité ambulatoire identifiée dans la classification).

Cette généralisation du tarif unique à compter du 1er mars 2014 a fait l'objet d'une large concertation avec les représentants des professionnels et les fédérations hospitalières. Elle constitue un « signal-prix » fort et lisible pour les acteurs, simplifiant le modèle de financement de cette activité, ainsi que le souligne la Haute Autorité de Santé⁹ (HAS).

Les modalités de calcul des tarifs uniques de chirurgie appliquées répondent à un triple enjeu :

- incitation à la prise en charge ambulatoire en substitution de l'hospitalisation à temps complet ;
- dés-incitation à l'hospitalisation à temps complet au regard des coûts correspondants ;
- transition progressive vers la neutralité tarifaire.

Notons par ailleurs que d'autres problématiques sont également prises en compte dans la fixation des tarifs. Il s'agit notamment de garantir une viabilité économique pérenne des prises en charge ambulatoires pour les établissements de santé, tout en mettant en œuvre les économies attendues par le développement de ce mode de prise en charge plus efficient, de veiller à éviter les situations de rentes et les effets d'aubaine sur certaines prises en charge, et de ne pas pénaliser les prises en charge en hospitalisation complète pour les actes ne pouvant être réalisés en ambulatoire et pour les patients qui ne sont pas éligibles à cette modalité de prise en charge.

Ainsi, la transition vers la neutralité tarifaire a été intégrée de façon différenciée dans le mode de calcul des tarifs uniques, selon le degré de développement de la pratique ambulatoire pour chacun des GHM de chirurgie concernés, afin de tenir compte des disparités de maturité et de potentiel de développement de la pratique ambulatoire.

A cet effet, quatre classes de GHM ont été identifiées selon leur caractère de substituabilité. A chaque classe correspond un calcul du tarif unique différencié plus ou

⁹ « Tarification de la CA en France et à l'étranger, état des lieux et perspectives », rapport HAS, juin 2013

moins désincitatif à l'hospitalisation classique selon le degré de substituabilité à l'ambulatoire.

Enfin, la campagne 2014 a mis en œuvre la suppression des bornes basses de tous les GHM de chirurgie de niveau 1 de sévérité, répondant ainsi à la forte demande des professionnels et de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA). Cette mesure, recommandée par la HAS, vise à favoriser l'émergence de prises en charge innovantes en ambulatoire, correspondant à des procédures chirurgicales plus complexes et/ou des patients plus lourds.

La réussite du virage ambulatoire pour une CA majoritaire efficiente et de qualité, nécessite de poursuivre et de renforcer un ensemble d'actions coordonnées, notamment :

- La DGOS mène des travaux réguliers avec les sociétés savantes afin de mieux prendre en compte les spécificités de chaque discipline chirurgicale et de promouvoir la qualité et la sécurité des soins, en lien avec les travaux de la HAS.
Dans ce cadre, des indicateurs nationaux portant sur la qualité et la sécurité des soins spécifiques à la CA sont élaborés.
Par ailleurs, des travaux sur la classification sont mis en œuvre pour mieux prendre en compte la complexité et la lourdeur de certaines prises en charge ambulatoires (prise en compte des co-morbidités, procédures complexes...);
- Un programme d'accompagnement des établissements et des professionnels de santé est en cours avec l'Agence Nationale d'Amélioration de la Performance (ANAP), en articulation avec les ARS. En effet, le développement de la CA implique des évolutions profondes des organisations. Tout doit être pensé pour des prises en charge les plus rapides et fluides possibles. Notamment, les flux doivent être réinterrogés, de même que la gestion des plateaux médico-techniques, l'architecture des locaux et le dimensionnement des capacités d'hospitalisation complète, ou encore les horaires, l'organisation de travail et la formation des personnels. Le rôle des ARS est à cet égard déterminant.
- La question de la CA rejoint celle, plus large, du « parcours de soins », priorité de la stratégie nationale de santé et du futur projet de loi de santé. En effet, il ne suffit pas de faire sortir le patient plus tôt de l'hôpital : sa prise en charge doit avoir été préparée en amont, les professionnels à même d'effectuer le suivi après la sortie de l'hôpital doivent être identifiés et le patient doit savoir à qui s'adresser en cas de besoin.
S'agissant de parcours complexes (cancer...) ou de certaines catégories de patients (très âgés, isolés ou éloignés des centres de chirurgie...), des actions ciblées sont mises en place ou prévues, notamment en lien avec la Mutualité Sociale Agricole et l'Institut National du Cancer.

Les instruments que portera la future loi de santé permettront de faciliter le développement de l'ambulatoire, à travers le service territorial de santé, les plateformes territoriales d'appui ou tout autre dispositif améliorant le travail en commun entre les professionnels et plaçant les patients – plutôt que les structures – au centre de la politique de santé.

d) Intégrer l'ensemble des transformations relatives aux prises en charge du cancer pour en déduire les évolutions nécessaires de leur financement

Le Plan cancer III (2014-2019) présenté par le Président de la République le 04 février 2014 fixe plusieurs priorités d'actions visant la mise en œuvre effective sur les territoires de nouvelles prises en charge (nouvelles thérapeutiques, nouvelles technologies), de nouveaux modes d'organisation de l'offre en cancérologie, et la nécessité d'adapter des modes de financements aux défis de la cancérologie.

Au plan national, différents documents publiés en 2012-2013 dans le cadre des travaux préparatoires au plan cancer III, notamment le rapport du Professeur VERNANT et l'étude réalisée par UNICANCER sur la prise en charge des cancers en 2020, ont en effet attiré l'attention des pouvoirs publics sur les fortes évolutions organisationnelles et les innovations techniques en cours dans le champ de la prise en charge en cancérologie. Ces évolutions, ainsi que la nécessité de favoriser la fluidité des parcours des patients, rendent nécessaire de réfléchir à des évolutions des modes de tarification des activités concourant à la prise en charge du cancer.

Pour instruire ces réflexions, en lien avec le CORETAH, un COFIL Cancer, piloté par le ministère des affaires sociales et de la santé, a été mis en place au premier semestre 2014. Ce comité de pilotage réunit, dans le cadre d'une réflexion prospective sur le financement et l'organisation des activités liées au cancer, outre l'Institut national du cancer, l'ensemble des fédérations et conférences hospitalières, la Ligue contre le cancer et l'Union nationale des professionnels de santé.

Les thématiques emblématiques qui seront notamment abordées par ces travaux sont, outre la forfaitisation de la radiothérapie oncologique précitée, celles :

- de l'accompagnement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie en tenant compte du parcours de soins en cancérologie du patient ;
- du développement de la chimiothérapie orale qui induit à repenser les modes d'organisations et de financement de la médecine hospitalière ambulatoire (hospitalisation de jour y compris) en lien avec la médecine de ville ou l'hospitalisation à domicile si besoin;
- de l'évolution vers un modèle de financement au parcours, en ciblant l'expertise du COFIL CANCER sur le cancer du sein, dont la prise en charge est relativement bien standardisée et encadrée par des recommandations de bonnes pratiques ;
- de l'évolution des modes et techniques de prise en charge en cancérologie impliquent également de nouveaux prismes pour le financement de l'innovation et celui du phasage de leur implémentation sur le territoire.

V. Promouvoir les modalités de coordination, de coopération et d'intégration des acteurs associées à une médecine de parcours dépassant la T2A et les clivages induits par les dispositifs de financement

a) Effacer les clivages entre la ville, l'hôpital et le médico-social : le rôle du Fonds d'intervention régional et les expérimentations conduites par les ARS

La dynamisation des coopérations voulue par la Stratégie nationale de santé nécessite de dépasser la conception du forfait hospitalier porté par la T2A et à la base de la tarification des séjours : le financement forfaitisé est aujourd'hui inscrit dans une unité de lieu, de temps et de personnalité physique ou morale effectrice du soin à financer en retour qui doit être dépassée.

Cette nouvelle approche est notamment incontournable en ce qui concerne les patients atteints de maladie chronique, dont la prise en charge mobilise des structures de soins différentes et qui nécessitent par conséquent une coordination et une communication optimisées. La mise en œuvre du parcours, qui est un moyen d'améliorer le quotidien et la qualité de vie des patients tout en garantissant l'efficacité du système, doit aussi passer par un modèle de financement spécifique dépassant la conception actuelle de la tarification à l'activité.

Depuis 2013, les LFSS comprennent de nombreuses dispositions permettant d'expérimenter, sous l'égide des ARS dotée d'un instrument financier extrêmement souple (le Fonds d'intervention régional), de nouvelles formes d'organisation des prises en charge ainsi que les modalités de leur financement, dérogoires du droit commun. Lorsque ces expérimentations auront été évaluées en particulier par la HAS, il sera possible de généraliser les plus pertinentes et efficaces d'entre elles.

La création du FIR participe en effet au décloisonnement des prises en charges entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social et assure *in fine* le financement du parcours de soins.

Devenu sous objectif de l'objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) depuis 2014, le FIR permet de regrouper au sein d'une même enveloppe globale et fongible l'ensemble des dotations prévues pour les différents segments de santé publique d'un territoire. Le principe de fongibilité, consacré par le FIR, permet à chaque ARS de redéployer librement les crédits au sein des différentes missions composant le fonds, sous réserve du respect du principe de fongibilité asymétrique. Le FIR effectue ainsi la transition entre une

logique de moyens sur des lignes fléchées à une logique d'objectifs et de résultats favorisant à terme une plus grande efficacité.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (article 44) a instauré un mécanisme de fongibilité entre la dotation annuelle de financement (DAF) des établissements de santé (qui finance les activités de soins de suite et de réadaptation - SSR - des établissements publics et privés non lucratifs) et le FIR ; ainsi, les ARS disposeront grâce à cette fongibilité d'une marge de manœuvre plus importante pour garantir le parcours de soins, dans la limite de 1% de la dotation annuelle de financement.

Pour poursuivre l'action déjà entreprise en ce sens, une des propositions du PLFSS 2015 vise à refondre les modalités de gestion du FIR et ses missions. Il s'agit de renforcer les financements au parcours et de préfigurer le service territorial de santé au public (STSP) ainsi que les plateformes d'appui.

b) Passer d'une logique fondée sur l'épisode de soins à des approches transversales mieux adaptées aux pathologies chroniques : les exemples de l'insuffisance rénale chronique (IRC) et de l'obésité

Compte tenu de sa prévalence au sein de la population et de la coordination forte des acteurs qu'elle implique, l'insuffisance rénale chronique va elle aussi bénéficier d'une tarification au parcours, dérogeant de la tarification à l'activité dès la fin de l'année 2014.

Il a été proposé de choisir l'insuffisance rénale chronique (IRC), emblématique à bien des égards des maladies chroniques car il s'agit d'une pathologie grave (taux de décès de 8,6%) à forts enjeux de santé publique :

- par le nombre des patients, environ trois millions de personnes sont atteintes d'IRC ;
- par l'importance de la prévention primaire et de la prévention secondaire concernant les principales causes et déterminants de l'IRC : diabète, hypertension artérielle, obésité ;
- par la gravité potentielle de la maladie : 71 000 personnes (+ 4% par an) sont atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) nécessitant le recours à la dialyse ou à la greffe rénale ;
- plus de 30% des patients sont dialysés en urgence et selon les professionnels de santé, la moitié de ces prises en charge serait évitable si les patients étaient mieux repérés et pris en charge en amont du stade terminal ;
- la greffe rénale, bien que constituant la modalité de traitement la plus efficace et celle apportant la meilleure qualité de vie, progresse mais reste encore insuffisamment développée (45% des patients atteints d'IRCT sont greffés, soit une progression de + 4% par an depuis 2008).

L'IRC présente également des enjeux en termes d'accès aux soins, avec d'importantes disparités constatées :

- en termes de prise en charge en dialyse : la part de patients hémodialysés varie de 36% (Franche-Comté) à plus de 60% (PACA) ; la part de patients traités par dialyse péritonéale varie de 1% (Aquitaine) à 9% (Alsace) ;
- en termes d'accès à la greffe : la part des patients greffés varie de 33% (Nord Pas de calais) à 53% (Pays de Loire) ;
- en raison des inégalités sociales observées, les patients les moins diplômés sont ceux qui accèdent le moins à la greffe rénale¹⁰.

Le parcours de soins du patient en IRC revêt également un fort enjeu médico-économique, notamment à son stade terminal : les dépenses de santé de la prise en charge de l'IRCT¹¹, selon les données de l'Assurance maladie seraient de 3,4 Mds€, dont 82% consacrés à la dialyse et 18% à la greffe.

La mise en œuvre de parcours de soins s'inscrit par ailleurs dans les orientations stratégiques définies par le ministère pour la prise en charge de l'IRCT :

- développer la greffe, avec un objectif de taux de patients vivant avec un greffon fonctionnel majoritaire en 2018 (versus 47% en 2011) ;
- améliorer la prévention de l'IRCT, en particulier au stade de pré-IRCT, avec notamment un objectif de réduction de moitié des dialyses en urgence ;
- développer les prises en charge de dialyse hors centre dans une logique de substitution (proximité de l'offre pour les patients et réduction des dépenses de santé, y compris de transport) avec un objectif de taux de nouveaux patients pris en charge en hors centre majoritaire en 2020 (versus 37% en 2011) ;
- améliorer la prévention des maladies rénales responsables de l'IRC.

Ainsi, l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a créé un cadre juridique et financier pour la mise en œuvre de l'expérimentation de la tarification au parcours au niveau régional, pour une période n'excédant pas quatre ans, pour les patients atteints d'IRC.

Les six à sept régions pilotes sont en cours de sélection et feront l'objet d'un arrêté de la ministre chargée des affaires sociales et de la santé. Les projets pilotes pourront concerner différents segments du parcours de soins soit en amont du stade terminal (stade III et IV), soit au stade terminal (IRCT) sur la base des travaux réalisés ou en cours dans ce domaine par la Haute autorité de santé (parcours de soins des patients atteints d'IRC, publié par la HAS en 2012 et étude médico-économique de la HAS relative aux stratégies de prises en charge de l'IRCT dont les résultats sont attendus en septembre 2014).

Les projets pilotes de parcours de soins devraient permettre notamment :

¹⁰ Données issues du questionnaire « patients », appliqué lors des Etats Généraux du rein

¹¹ Selon les données de l'Assurance maladie

- pour les stades en amont de la phase terminale, la mise en place d'actions de repérage des patients en ville, de coordination de prises en charge entre les acteurs (ville/hôpital), d'interventions pluridisciplinaires (soins de support, éducation thérapeutique), d'une orientation et d'une préparation du patient en cas de survenue d'IRCT ;
- pour le stade d'ICRT, la création de forfaits greffe et de son suivi, et le développement de prises en charge hors centre ;
- d'expérimenter, afin de développer l'offre de dialyse péritonéale, un partenariat entre une structure autorisée à la dialyse à domicile et des prestataires et distributeurs de matériel dans le cadre de convention grâce à la dérogation introduite à l'article L.4211-5 permettant la dispensation du dialysat sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre.

Un décret en Conseil d'Etat fixera les modalités précises de l'expérimentation (conditions d'accès des patients à ces dispositifs, modalités de leur suivi sanitaire et social, transmissions d'informations, coordination des différents acteurs, modalités de financement dérogatoires susceptibles d'être mises en œuvre). Il est en cours de finalisation et sera prêt fin juillet 2014.

Un cahier des charges national est en cours d'élaboration ; il orientera les cahiers des charges régionaux, pour un début d'expérimentation à la fin de l'année 2014. Des conventions seront alors conclues entre ARS et établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, professionnels de santé et le cas échéant, transporteurs sanitaires.

Un suivi annuel des projets en cours sera réalisé. Au terme de l'expérimentation, une évaluation sera conduite au plan national et transmise au Parlement.

L'ambition du PLFSS pour 2015 est de poursuivre dans cette voie, en étendant la tarification au parcours à d'autres pathologies chroniques. Un prochain segment de santé publique va donc être proposé comme étant éligible au financement du parcours : il s'agit de l'obésité des enfants et des adolescents.

L'obésité constitue une maladie chronique à forts enjeux de santé publique :

- 15 % de la population adulte est obèse tandis que 3,5 % des enfants et adolescents sont touchés, soit une population cible d'environ 560 000 personnes. Les inégalités sociales sont fortes en matière d'obésité ;
- faible recours aux soins et nombreux abandons de prise en charge (environ 80% de perdus de vue après une première consultation en Centre spécialisé de l'obésité - CSO -) ;
- un volume important d'actes de chirurgie bariatrique est constaté chez les moins de 20 ans alors même que ces pratiques ne sont pas recommandées par la Haute autorité de santé ;
- les 37 centres spécialisés de l'obésité (CSO) organisent la prise en charge pluridisciplinaire et le maillage territorial pour les adultes et les enfants. Leur montée en charge auprès de la population pédiatrique se trouve limitée en raison de la difficulté à mobiliser les professionnels concernés tant en établissement de santé qu'en ville.

Au vu de ces éléments, l'une des propositions du PLFSS pour 2015 vise à organiser des parcours types pour les enfants et adolescents atteints d'obésité avec les sociétés savantes et à définir les conditions d'un financement adapté.

La modélisation d'un financement au parcours aura pour objectif :

- d'améliorer l'accès aux soins : faire rentrer ces enfants dans le parcours de soins pour traiter leur obésité et les accompagner tout au long de ce parcours ;
- de favoriser l'accès aux soins requis par cette pathologie : diététicien, psychologue, activité physique adaptée ;
- de réduire les complications respiratoires, cardiaques, hépatiques, métaboliques, psychologiques, et de modérer le recours à la chirurgie bariatrique chez les jeunes en valorisant le parcours médical ;
- d'impulser une mobilisation des professionnels concernés en établissement de santé et en ville.

c) **Faire face aux enjeux du vieillissement et de la perte d'autonomie : l'exemple du chantier PAERPA**

Suite aux rapports du HCAAM (2010 et 2011) sur les parcours de soins des personnes âgées, deux dispositifs expérimentaux consécutifs ont été mis en place : l'article 70 de la LFSS 2012 pour tester à petite échelle des solutions mises en place par des offreurs de soins et l'article 48 de la LFSS 2013 pour la mise en place d'une logique de parcours de santé exhaustive sur l'ensemble d'un territoire.

La mise en œuvre de l'article 70 dans onze projets sur sept régions a permis de faire émerger des dynamiques locales intéressantes et de mobiliser les acteurs autour de projets concrets. Elle montre toutefois les limites d'une approche s'appuyant sur un offreur de soins

(difficulté de coordination, limitation de la mise en œuvre à une file active de patients), et la nécessité d'un pilotage relayé par un appui local fort.

L'article 48, base juridique de l'expérimentation sur les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), est en cours de déploiement dans neuf régions (cinq régions depuis septembre 2013 et quatre régions depuis janvier 2014) sélectionnées par la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Précédée par une large concertation de l'ensemble des acteurs au sein d'un comité national PAERPA, et nourrie des premiers apports de l'article 70, sa mise en œuvre comprend deux axes : des chantiers nationaux pour élaborer les outils juridiques, informatiques, sanitaires et financiers de la coordination et un déploiement opérationnel piloté par les ARS et appuyé par l'ANAP.

Il est rendu compte de ces travaux et du déploiement des projets pilotes de façon régulière au comité national PAERPA.

Afin de limiter les ruptures dans le parcours de soins identifiées par le HCAAM, trois types d'actions ont été préconisés par le comité national PAERPA et reprises dans le cahier des charges national :

1. Fluidifier le parcours des personnes âgées de plus de 75 ans en développant la coordination des acteurs à un double niveau :
 - Au niveau du patient : autour d'une coordination clinique de proximité rassemblant le médecin traitant, l'infirmier, le pharmacien, et si nécessaire d'autres professionnels de santé (masseur-kinésithérapeute, professionnel intervenant à domicile) ; la coordination clinique de proximité s'appuie sur un outil spécifique, le plan personnalisé de santé (PPS) intégrant les logiques sanitaires et sociales, et prévoyant un dispositif de suivi des personnes prises en charge.
 - A un niveau territorial : une coordination territoriale d'appui portée par une structure existante (MAIA, réseau, CLIC...), qui assure le double rôle d'aide au suivi des patients (notamment dans son volet social) et de plate-forme d'information et d'appui auprès des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants
2. Faciliter la transmission d'informations entre professionnels de santé en ville, à l'hôpital et dans les secteurs social et médico-social. Il s'agit de déployer divers outils : notamment un annuaire des ressources de l'ensemble des professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux, et une messagerie sécurisée permettant le partage d'information entre professionnels.
3. Améliorer les conditions de sortie des établissements de santé, en préparant très en amont le retour à domicile ou le passage en hébergement temporaire. Un dispositif global d'aide au retour à domicile doit être élaboré, en articulant les dispositifs prévus dans le cadre de PAERPA avec les dispositifs existants, comme PRADO insuffisance

cardiaque et orthopédie mis en œuvre par la CNAMTS, et l'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) de l'assurance vieillesse.

Les travaux préparatoires des expérimentations ont été lancés mi-2013 dans 5 régions : Centre, Ile-de-France, Limousin, Lorraine et Pays-de-la-Loire (pour un démarrage effectif au second trimestre 2014). Les quatre autres projets présentés par les ARS d'Aquitaine, Bourgogne du Limousin et du Nord-Pas-de-Calais ont été lancés en janvier 2014 (pour un démarrage prévu au second semestre 2014). Les ARS concernées bénéficient de l'appui de l'ANAP (agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) et des travaux sont menés conjointement avec l'ASIP santé (agence des systèmes d'information partagés de santé) et la HAS (Haute autorité de santé).

Cette expérimentation concerne 9 territoires :

- la ville de Bordeaux, ARS Aquitaine ;
- le Lochois, sud-est du département d'Indre-et-Loire, ARS Centre ;
- le nord-est parisien (9e, 10e et 19e arrondissements de Paris), ARS Ile-de-France ;
- le territoire de Brive-la-Gaillarde, ARS Limousin ;
- le Grand Nancy, ARS Lorraine ;
- le département des Hautes-Pyrénées, ARS Midi-Pyrénées ;
- le territoire Valenciennois-Quercitain, ARS Nord-Pas-de-Calais ;
- le département de la Mayenne, ARS Pays-de-la-Loire ;
- le nord ouest du département de la Nièvre, ARS Bourgogne.

Cette expérimentation doit permettre d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et de limiter le recours à l'hospitalisation et la durée des hospitalisations. Elle est financée par le fonds d'intervention régional. Les résultats de l'évaluation établiront les conditions d'une généralisation et, le cas échéant, serviront à établir un modèle adéquat de financement.

d) Construire les dispositifs de financement futurs selon des logiques ouvertes correspondant à la médecine de parcours promue par la Stratégie nationale de santé : les orientations des réformes en cours du SSR et à venir de la psychiatrie

Dans le prolongement de la réforme organisationnelle des soins de suite et de réadaptation (SSR) engagée en 2008 et achevée en 2013, il est apparu indispensable de refonder l'ensemble des dispositifs de financement de l'activité SSR. Le chantier en cours engagé avec l'ensemble des acteurs concernés, vise non seulement à tirer partie des enseignements positifs et négatifs de la mise en œuvre de la tarification à l'activité sur le champ MCO ainsi que des expériences étrangères, mais encore à concevoir un dispositif innovant apte à s'inscrire dans les logiques de parcours promues par la SNS.

Après une première phase des travaux consacrée à l'élaboration, au développement et au test (France entière) des outils nécessaires à la connaissance de l'activité des « nouveaux » SSR issus de la réforme de 2008 (classification médico-économique, catalogue spécialisé des actes de rééducation et de réadaptation, étude nationale de coûts), il était nécessaire en 2013 et 2014, de réfléchir avec les fédérations hospitalières à l'architecture même du modèle de financement susceptible de répondre à un certain nombre d'ambitions parmi lesquelles :

- l'harmonisation souhaitée des modes de financement entre les différents secteurs juridiques des SSR et l'introduction d'une meilleure équité de financement entre les établissements fondée sur la réalité de la prise en charge du patient, c'est-à-dire la technicité, la lourdeur et l'intensité des soins prodigués ;
- un financement fondé sur la mesure de l'activité effectivement réalisée et enregistrée dans le PMSI via la nouvelle classification en groupes médico-économique ;
- la garantie d'une partie des ressources via une dotation pluriannuelle, favorisant une lisibilité sur l'avenir et donnant plus de souplesse pour intégrer au fur et à mesure de leurs avancées les évolutions issues de la modélisation des parcours de prise en charge ;
- des régulations nationale et régionale, cette dernière contribuant à veiller à l'adéquation entre les besoins de la population et la meilleure répartition de l'offre ;

L'originalité du modèle envisagé réside ainsi dans l'élaboration d'un compartiment activité qui pourrait comprendre une part de dotation financière assurée sur plusieurs années et une part directement financée à l'activité intégrant les logiques de lourdeur de prise en charge et de parcours de santé.

Ce nouveau modèle de financement des SSR, dont les contours doivent encore être précisés pour la fin de l'année 2014, a vocation à être mis en œuvre de manière progressive dès 2016, avec une gestion des effets revenus, un accompagnement des établissements sur plusieurs années ainsi qu'une évolution des outils de description de l'activité année par année et de modélisation des coûts.

S'agissant du financement de la psychiatrie, les travaux préparatoires se sont heurtés dans le passé à l'absence de données fiables sur l'activité et sur les coûts mais surtout à l'hétérogénéité des pratiques et au manque de définition réglementaire de l'activité.

Il est donc encore aujourd'hui difficile d'asseoir le raisonnement sur un périmètre d'activité et des conditions de fonctionnement applicables à tous les établissements qu'ils soient privés ou publics et intégrant de façon satisfaisante l'évolution des pratiques, notamment celles relatives aux prises en charge ambulatoires et en hospitalisation de jour. Priorité a donc été donnée aux travaux relatifs à l'organisation des soins en psychiatrie et à la constitution de référentiels de prise en charge, en lien avec la Haute autorité de santé, ainsi qu'à une meilleure description de l'activité réalisée.

L'ATIH mène ainsi des travaux avec les fédérations d'établissements afin d'améliorer la qualité des données du système d'information propre à la psychiatrie (RIM-P). Le retraitement comptable des établissements est également utilisé pour préparer une enquête de coûts en psychiatrie. Les données issues de plusieurs sources ont été agrégées afin que les établissements et les agences régionales de santé disposent en ligne de restitutions médico-économiques à l'échelle des territoires de santé, des départements et des régions.

Ces travaux permettront à long terme d'envisager une classification adaptée à l'activité de psychiatrie et, sur cette base, d'être en mesure de mener une réflexion sur le financement de parcours types ou des modes de prise en charge issus de référentiels.

VI.CONCLUSION

La réforme de la T2A trouve une traduction concrète dans le cadre des projets de lois de financement de la sécurité sociale depuis 2012. Elle s'inscrit aussi dans la dynamique de la Stratégie nationale de santé et de sa traduction concrète dans le projet de loi de santé qui sera bientôt présenté au Parlement. Mais la réforme voulue par le Gouvernement a une portée et une ambition plus larges que la correction des imperfections de la T2A.

Les transformations engagées portent aussi sur la refondation du service public de santé, sur la priorité du premier recours et du maintien ou du renforcement des activités de proximité ou en situation d'isolement, sur la refonte de la politique d'investissement, l'intégration de la qualité parmi les leviers de la régulation, l'accélération de la diffusion de l'innovation, la mise en œuvre d'une régulation facilitant les décloisonnements et cohérente avec la prise en compte du parcours dans les dispositifs de financement, prioritairement pour les pathologies chroniques et en particulier en cancérologie.

Il s'agit d'améliorer le système de santé dans son ensemble à l'horizon 2020 selon un schéma global à déterminer dès 2016, mais de façon pragmatique et en privilégiant les approches expérimentées dans les territoires sous l'égide des Agences régionales de santé, à partir de cadrages nationaux qui garantissent l'équité entre les acteurs et l'égal accès aux soins tout en corrigeant les inégalités régionales.

Il s'agit bien de produire les efforts d'efficience, de transformation des organisations et des pratiques au bénéfice des patients, mais aussi de résorption ou de transformation des surcapacités lorsqu'elles existent, afin de contribuer à la mise en œuvre du plan d'économies et de maîtrise des dépenses publiques indispensable pour assurer la pérennité, la qualité et l'accessibilité de notre système de santé.