



Fondation Paris-Dauphine



gouvernance  
& regulation

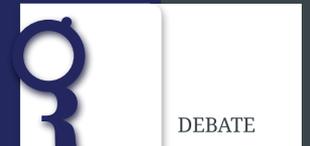
DAUPHINE  
UNIVERSITÉ PARIS

# Le financement des établissements de santé

Synthèse de conférence

**Petit-déjeuner de la Chaire Gouvernance et Régulation**

*Université Paris-Dauphine, 8 juin 2017*



DEBATE



# Table des matières

Financements innovants : pour quelles nouvelles valeurs ? .....	3
Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins .....	6
T2A, le revers de la médaille.....	8
Débat .....	9



# Le financement des établissements de santé

Petit-déjeuner de la Chaire Gouvernance et Régulation  
8 juin 2017

---

*Le financement des établissements hospitaliers occupe une place centrale dans la régulation du système de santé. Or, de nombreux travaux récents questionnent le principe de paiement à l'acte qui prédomine en France, peu propice à un découplage entre opérateurs de soins et à une prise en charge coordonnée des patients. Quelles pistes d'innovation se dégagent à l'international (financement à l'épisode de soins, au parcours, à la qualité...) ? Dans quelle mesure sont-elles compatibles avec le contexte français ?*



## Financements innovants : pour quelles nouvelles valeurs ?

**Annie Fouard**

**Directrice du Département de l'Hospitalisation, CNAMTS**

**Adeline Townsend**

**Responsable adjointe du Bureau Evaluations, modèles et méthodes, Ministère des Solidarités et de la santé**

La CNAMTS et le Ministère de la Santé mènent une réflexion conjointe sur des modes de financement innovants du système de santé, en s'inspirant d'expérimentations étrangères. Le modèle actuel de rémunération à l'activité mérite en effet d'être questionné pour sa contribution insuffisante à la coordination et à la pertinence des parcours. Caractérisé par une approche individuelle, il incite chacun des professionnels à optimiser la partie qui le concerne, mais sans que ceci s'inscrive nécessairement dans une dynamique générale d'efficacité et de qualité.

### Pourquoi des financements innovants ?

Des approches plus globales et transversales démontrent leur intérêt. A titre d'illustration, il s'avère que la réhabilitation améliorée après chirurgie (qui assure une prise en charge coordonnée d'un patient avant, pendant et après son admission à l'hôpital) produit des gains importants : réduction des complications et de la durée de séjour, satisfaction des patients, valorisation des professionnels de santé... Pourtant, notre modèle de financement ne permet pas de donner une valeur à cette nouvelle approche.

Les innovations technologiques ébranlent également le principe de tarification à l'activité (T2A), par les nouvelles modalités de prise en charge qu'elles instaurent, plus prédictives et personnalisées, en dehors de l'hôpital. Une adaptation du mode de financement français paraît enfin nécessaire pour faire face aux enjeux qui pèsent sur notre système : une contrainte budgétaire accrue, un cloisonnement des acteurs ou encore une transition épidémiologique marquée par le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques.

### Panorama d'expériences étrangères

Des expériences étrangères se dégagent deux principaux types de financements innovants dotés d'une approche intégrative, partageant le triple objectif d'amélioration de la qualité de vie des patients, de meilleure santé de la population et de maîtrise des coûts.

- ***Le paiement à l'épisode de soins ou paiement regroupé (bundled payment)***

Dans ce modèle, un forfait unique est appliqué à toutes les prestations liées à un même épisode de soins. Ceci convient particulièrement à une prise en charge ciblée, souvent chirurgicale. La gestion des financements est généralement effectuée par les établissements de santé. La Suède a par exemple appliqué ce principe aux arthroplasties de la hanche et du genou, avec une garantie du prestataire deux à cinq ans après la chirurgie. Les coûts ont diminué de 20 % et les complications de

26 %, tandis que le taux de satisfaction grimpeait à 98 %.

- ***L'incitation financière collective à la coordination (accountable care organization, ou ACO)***

L'incitation passe ici par un intéressement collectif, avec le maintien des modes de rémunération principaux des acteurs. Ce dispositif cible plutôt des populations que des pathologies. Il prévoit une large autonomie dans la gestion des financements.

L'intérêt de ces approches est de permettre un degré variable d'intégration des organisations et des financements, ce qui est bien le reflet de nos territoires. L'Assurance maladie et le Ministère en ont plus particulièrement exploré les trois déclinaisons suivantes.

- ***Les ACO Medicare (Etats-Unis)***

Ce modèle est développé auprès des plus de 65 ans par des groupements de prestataires de soins du champ sanitaire, volontaires, en vue d'intégrer l'ambulatoire et l'hôpital. Les modalités de paiement des acteurs sont inchangées. Un contrat passé entre le groupement et l'assureur (Medicare) fixe des objectifs communs de dépenses ainsi que des règles de partage des bénéfices ou des pertes entre les acteurs, selon que les prestations dépassent ou non l'enveloppe budgétaire.

- ***Les ACO New Care Models (Grande-Bretagne, 2015)***

Deux de ces cinq expérimentations britanniques concernent la coordination ville-hôpital. Elles reposent sur le regroupement de prestataires d'un territoire en charge des champs sanitaire, médico-social et social. La gouvernance et le financement sont modulés selon le degré d'intégration des acteurs.

- ***Integreo (Belgique, 2016)***

Ces projets pilotes portent sur le développement de soins intégrés pour les maladies chroniques. Leur financement répond à trois principes : des soins regroupés, une garantie budgétaire et un financement groupé. Les gains d'efficacité sont versés collectivement aux acteurs, charge à eux de se les distribuer. Dans les faits, ils vont d'un intéressement collectif au partage de points de la rémunération.

### Quels enseignements pour la France ?

Ces modèles démontrent qu'il est possible de concilier une approche intégrée avec le maintien du mode de rémunération principal des acteurs. Reposant sur un financement collectif des professionnels, ils s'éloignent des paiements individuels ou à l'acte que connaît la France. Ils sont adaptés à la prise en charge des maladies chroniques et des personnes âgées, enjeux forts pour notre système de santé. Toutes ces démarches sont *bottom-up*, basées sur le volontariat des acteurs et des territoires. Elles préservent le libre choix des patients, et accordent une place prépondérante aux soins de ville.

Les objectifs poursuivis par la loi de santé et la stratégie nationale de santé (recentrer les soins sur le patient au-delà de la seule pathologie, éviter les actes redondants ou inutiles, favoriser le maintien à domicile, améliorer le suivi des maladies chroniques...) requièrent une meilleure intégration des professionnels sur un territoire, notamment en ambulatoire. Dès lors, il semblerait pertinent de tester des financements intégrés

comme l'intéressement collectif ou le paiement forfaitaire, conditionnés par des objectifs de qualité et de maîtrise des dépenses. Déjà s'instaurent localement des associations d'acteurs (groupements hospitaliers de territoires, communautés professionnelles territoriales de santé) et des outils de coordination (plateformes territoriales d'appui, programme Territoire santé numérique...) répondant à cette logique. Ce socle cohérent permettrait de tester l'étape supplémentaire que serait un financement solidaire entre acteurs.

## Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins

**Pierre-Louis Bras**

**Inspecteur général des Affaires sociales et ancien secrétaire général du Ministère des Affaires sociales**

Depuis sa mise en place en 2004, la T2A est sous le feu des critiques : elle soumettrait les hôpitaux à une injonction de production et de rentabilité qui serait contraire aux principes du service public et nuisible à la qualité des soins comme aux conditions de travail. Si cette inquiétude n'est pas sans fondement, nous manquons d'indicateurs de qualité valides pour y répondre. De mon point de vue, la régulation du système hospitalier est déséquilibrée depuis l'origine, avec une forte incitation à l'efficacité économique mais aucune régulation au regard de la qualité.

### La T2A, une contrainte sur les ressources au détriment de la qualité ?

L'inquiétude quant aux effets délétères de la T2A sur la qualité est d'autant plus légitime que la contrainte se resserre sur les ressources allouées aux établissements de santé. En incitant ces derniers à produire pour accroître leurs recettes, la T2A a certes le mérite d'éviter le déni de soins. Cependant, alors même que la production de soins en volume croissait de 2 % par an, les prix ont stagné depuis 2009. Un tel contexte demande des progrès de productivité. Or à l'hôpital, les salaires bruts ont davantage augmenté que les prix de la production. Et entre 2009 et 2015, la production de soins hospitaliers s'est élevée de 15 % tandis que les effectifs non médicaux, en ETP, n'ont crû que 3 à 4 %.

Faut-il voir dans cet accroissement de la productivité l'effet d'une rationalisation des process, d'innovations techniques et de restructurations hospitalières, ou plutôt d'une intensification du travail, de séjours raccourcis et d'une attention insuffisante portée aux patients ? L'absence d'indicateurs de qualité valides interdit de répondre à ces questions fondamentales.

### Pourquoi des indicateurs de qualité ?

Nous avons besoin d'indicateurs de qualité pour éclairer le pilotage global des dépenses hospitalières et l'élaboration de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Ce sujet est pourtant absent du débat parlementaire. De tels indicateurs sont également nécessaires pour rééquilibrer les incitations adressées aux gestionnaires hospitaliers, jusqu'ici focalisées sur la seule performance économique. Ils doivent participer à la démocratie sanitaire et au bon exercice de la liberté de choix des établissements. Or aujourd'hui, ni les patients ni les associations qui les représentent ne disposent d'élément objectif pour apprécier la qualité des soins dans un hôpital.

## Une politique de mesure de la qualité à refonder

Un arrêté de la Direction générale de l'offre de soins ne liste pas moins de 56 indicateurs de qualité, mais tous concernent les processus, aucun les résultats. De fait, ils sont peu révélateurs de la pertinence clinique des soins. La réticence française à développer une évaluation de ce type tient en partie à une tradition culturelle dans laquelle l'octroi de moyens est censé suffire à atteindre la qualité. S'y ajoute le souci de la profession médicale de se préserver d'un jugement extérieur. Naturellement, les indicateurs sont moins intrusifs lorsqu'ils s'intéressent aux processus qu'aux résultats, et plus acceptables pour les équipes. Ils participent en cela d'une « rationalisation en douceur ». Ils suscitent en outre l'apparition d'une strate intermédiaire de gestionnaires de la qualité pouvant impulser une dynamique positive en cas d'alliance avec les opérationnels, mais une pratique plus bureaucratique en cas de rejet par ceux-ci.

En complément des indicateurs de processus, la mesure de la qualité doit être développée dans trois champs : l'expérience vécue et la satisfaction des patients d'abord, comme le fait le questionnaire I-Satis depuis 2016 ; l'expérience des soignants et leur appréciation de la qualité des soins qu'ils délivrent ensuite (mesurées annuellement dans tous les hôpitaux britanniques depuis 2003) ; les résultats cliniques enfin (mortalité, réadmissions, complications, infections nosocomiales, amélioration de la qualité de vie à l'issue d'un épisode de soins...).

## Faut-il rémunérer selon la qualité ?

La définition d'indicateurs de résultat requiert un important investissement scientifique et technique. Ce n'est que dans un second temps qu'il conviendra de s'interroger sur l'opportunité d'introduire en France un paiement à la performance – dont les expériences internationales montrent d'ailleurs des effets mitigés. Surtout, il serait problématique de concilier ce mode de paiement, qui suppose la disparition des prestataires d'insuffisante qualité, avec une offre planifiée et régulée. La France a certes lancé un programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité, mais sur la base d'indicateurs de processus et dans des proportions anecdotiques. Aucun indicateur de résultat n'est disponible pour l'évaluer. Dans une période contrainte, le risque pour les établissements serait de soigner davantage l'indicateur que le patient... La première étape indispensable est donc la construction d'indicateurs de qualité robustes, avant d'envisager une rémunération sur cette base.

## T2A, le revers de la médaille

**François Crémieux**

**Directeur du Groupe hospitalier Bichat-Beaujon-Louis Mourier – AP HP**

Si le mode de financement actuel présente des vertus à chacun des échelons du système de santé, il peine à assurer une véritable efficacité globale.

A l'échelon national, du point de vue du ministre, la mécanique de régulation actuelle a des effets « magiques ». Elle apporte la garantie, quelle que soit l'incertitude sur l'activité future, que l'Ondam sera tenu. Si un acte augmente à Rodez – la pose de prothèses de hanche par exemple –, son prix baissera partout ailleurs, à Nantes comme à Strasbourg. C'est toutefois ici une vision comptable du dispositif, qui présente deux inconvénients majeurs. Tout d'abord, le ministre n'a pas la moindre indication sur la qualité des soins réalisés. Ensuite, cet équilibre comptable ne garantit ni un optimum économique, ni un objectif de qualité : peut-être la prothèse aurait-elle été mieux posée ailleurs, et à moindre coût. Une question se pose donc au régulateur : faut-il sophistication le système pour qu'il intègre ces enjeux, ou inventer des modalités complémentaires ?

Du point de vue du directeur d'une agence régionale de santé (ARS), le système actuel offre l'avantage d'assurer l'efficacité et la tenue des équilibres financiers de chacun des établissements. En revanche, il n'apporte en rien une aide à la planification et ne permet pas de réguler de manière optimale l'offre de soins au sein de la région entre les acteurs, notamment entre l'hôpital – public ou privé – et la ville. Il n'y a guère de levier, par exemple, pour inciter au basculement de la prise en charge de certains patients depuis des consultations hospitalières vers la ville, même si ce serait pertinent au regard de la qualité des soins. L'intérêt des hôpitaux reste de multiplier les consultations. Second inconvénient majeur, la T2A fait vivre durablement de très mauvais acteurs, ce qui met en péril, de surcroît, toutes les structures alentour.

Pour un directeur d'hôpital, la T2A a le mérite d'adapter mécaniquement et immédiatement les financements à l'évolution de l'activité. Toutefois elle n'incite pas à pousser à son terme la logique d'optimisation, pour les usagers comme pour le système – par exemple, à financer une infirmière qui suivrait les patients diabétiques après leur sortie pour s'assurer de la bonne observance de leur traitement. Au contraire, le système fonctionne à condition que ces patients reviennent à l'hôpital... Autre travers, la T2A a induit une densification du travail à l'hôpital en faisant peser une contrainte équivalente sur les bons et les mauvais établissements, sur ceux qui sont en croissance comme sur ceux qui ne le sont pas, et quelles que soient les spécificités des territoires.

La qualité de l'hôpital s'est indéniablement améliorée en France, comme en témoignent de multiples indicateurs de résultat (mortalité maternelle et infantile liée à l'épisode de soin, réhabilitation après chirurgie...). Mais ceci s'est fait au prix d'une telle densification du travail que nous pourrions être à la veille d'une rupture. Il y a fort à penser que nous avons atteint les limites du système.

## Comment les objectifs d'efficacité et de qualité peuvent-ils être conjugués ? Faudra-t-il les sérier dans le temps pour que des réformes puissent prendre corps et transformer le système ?

### **Pierre-Louis Bras**

Le système incitant à l'efficacité économique est bel et bien installé depuis le début des années 2000. L'enjeu est de le rééquilibrer de sorte que les décisions macro et micro remplissent des objectifs d'efficacité économique ainsi que de qualité des soins et des conditions de travail. Pour le moment, le système de régulation est « unijambiste ».

### **Annie Fouard**

Le système n'est pas tout à fait unijambiste. La Haute autorité de santé a d'ailleurs pour mission de définir des indicateurs de qualité et de résultat. Des programmes sont menés avec le Ministère pour acculturer l'ensemble du système à ces évaluations et promouvoir une amélioration constante des soins. Les professionnels ne nous attendent d'ailleurs pas pour y procéder.

### **Adeline Townsend**

Les modèles de performance économique et de qualité peuvent être concomitants et combinés. Cela demande, certes, un travail rigoureux d'élaboration d'indicateurs de résultat en termes de qualité clinique. Le financement pourra intégrer des critères complémentaires à celui de l'activité, comme la coordination de la prise en charge. Le fait qu'un patient ne revienne pas à l'hôpital, par exemple, pourrait être valorisé.

### **François Crémieux**

Qui doit sanctionner les carences de qualité et d'efficacité du système, à quel moment et comment ? En la matière, nous ne pouvons pas nous en remettre strictement à la mécanique prétendument rationnelle des modèles économiques, censée opérer une sélection naturelle des meilleurs acteurs. Le risque serait par exemple de fermer des structures au moment où elles ont retrouvé des niveaux de qualité satisfaisants – car ce processus est lent par nature – ou de rayer de la carte des structures faiblement efficaces mais nécessaires sur le plan de la santé publique. Une appréciation est nécessaire par celui qui a la charge de réguler l'offre de soins, en l'occurrence le directeur de l'ARS. Il doit avoir les moyens d'agir.

Aujourd'hui, le système fait confiance en la rationalité d'individus dont les décisions, répondant à leurs intérêts individuels, sont supposées contribuer à l'intérêt collectif. Or tous les acteurs hospitaliers n'ont pas la possibilité d'embrasser la complexité du système dans lequel ils sont inscrits. Je plaide plutôt pour que les différents outils, économiques comme qualitatifs, soient articulés et mis dans les mains de l'ARS. Au

vu de ce faisceau d'indicateurs, l'ARS aurait la responsabilité de trancher, et notamment de soutenir, fermer ou réorganiser des structures.

## **Quelles résistances identifiez-vous à la mise en œuvre de financements associés à une prise en charge globale des pathologies ou des épisodes de santé ?**

### ***François Crémieux***

L'un des freins tient à la difficulté juridique d'imposer des décisions fortes au secteur privé pour des raisons supérieures d'intérêt général – la fermeture d'une structure affichant une qualité médiocre par exemple. A cela s'ajoutent la résistance des élus à la disparition d'un établissement même dysfonctionnel, celle du corps médical à l'évaluation, celle encore des directeurs d'hôpitaux à une remise en cause de leur gestion.

### ***Pierre-Louis Bras***

Sans même évoquer la difficulté à faire émerger en France des entrepreneurs de soins qui prendraient la responsabilité de chapeauter et coordonner des parcours, notre pays ne parvient pas à intégrer le parcours hospitalier dans les cliniques privées. Le patient continue de payer d'une part la clinique, d'autre part les médecins pour les actes qu'ils réalisent. Je doute fort que la Confédération des syndicaux médicaux français et les médecins libéraux travaillant en clinique acceptent la mise en place d'un tarif global comme dans les hôpitaux publics, dans un but d'efficacité et de coordination. La dernière convention passée avec l'Assurance maladie témoigne d'ailleurs de l'attachement de la profession au paiement à l'acte. Elle constitue même un recul à l'égard des logiques de forfait par patient introduites auprès des généralistes au début des années 2000. Au Royaume-Uni au contraire, les cabinets sont dotés d'infirmières qui assistent les médecins, et les consultations téléphoniques sont légion. En France, les médecins n'y ont aucun intérêt. Notre système de paiement bloque un certain nombre d'innovations.

### ***Adeline Townsend***

Le secteur semble toutefois avoir mûri à l'égard des financements incitatifs à la coordination des acteurs ville-hôpital. Cela implique une restructuration des soins primaires, dont nous voyons les prémises avec les maisons de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé et d'autres dispositifs similaires. Des territoires travaillent déjà de façon intégrée, évitent des hospitalisations et favorisent le maintien à domicile. Aujourd'hui, cette façon de travailler n'est pas récompensée dans notre système. Il faut s'efforcer de donner à ces innovations organisationnelles de territoire une certaine autonomie de financement.

### ***Annie Fouard***

Les professionnels sont demandeurs de financements alternatifs au paiement à l'acte. La jeune génération, en particulier, est plus ouverte à un mode de travail en coordination, en dépit des positions de la représentation nationale. Nous lançons des expérimentations en ce sens dans une logique bottom-up, dont les enseignements pourront nourrir des déploiements à plus grande échelle. C'est une page blanche qui s'ouvre.





Fondation Paris-Dauphine

*Chaire Gouvernance et Régulation*

*Fondation Paris-Dauphine*

*Place du Maréchal de Lattre de Tassigny - 75116 Paris (France)*

*<http://chairgovreg.fondation-dauphine.fr>*