



Expérimentation d'un paiement à l'Episode De Soins
Réunion de partage
Fédérations des établissements de santé
03 octobre 2019 – 15h30
Relevé de conclusions des échanges

Contact
episodedesoins@sante.gouv.fr

Site internet
[EDS – Cliquer ici](#)

Participants

N.B. : l'ensemble des fédérations représentant les établissements de santé (MCO/SSR/HAD) a été convié.

	Nom	Prénom	Organisme - Fonction
Fédérations des établissements de santé	BOUCHER	Sandrine	UNICANCER – Directrice de la Stratégie
	CHESNEL	guillaume	FEHAP – Directeur de l'offre de soins
	LEPOUTRE	Clara	FEHAP – Conseillère Santé-social
	MOUTEL-SEILLER	Anne	UGECAM – Directrice générale
	RICHET-REINHART	Nadine	UGECAM – Conseillère technique
	VERRIER	Jean-Félix	FHP-MCO – Représentant FHP-MCO
	NOËL	Eric	FHP-SSR – Délégué général
Article 51	LEMAIRE	Natacha	MSS - Rapporteuse générale
Equipe nationale projet EDS ENP-EDS	FOUARD	Annie	Cnam DHOSPI – Responsable de département
	EKONG	Eric	Cnam DHOSPI – Médecin expert
	VALDES	Lydia	DGOS- R3 - Conseillère médicale et adjointe
	SERHROUCHNI	Zahra	DGOS-R3 - Chargée de mission financement
	POISSON-CALAIS	Christopher	DGOS-R3 - Chargé de mission Chirurgie
DGOS	COONE	Thomas	DGOS-RSSR - Chef de la mission SSR
	FAVEREAUX	Laetitia	DGOS-R4 - Chargée de mission HAD

Discussion

N.B. : en appui à la discussion un support de présentation de l'expérimentation a été projeté. Ce support ainsi qu'une FAQ sont joints à l'envoi du présent CR à l'ensemble des fédérations conviées.

Il est rappelé que le financement prospectif est une cible à moyen terme mais qu'il ne fait pas l'objet des cahiers des charges. La mise en place d'un tel financement nécessitant dans un premier temps de mener l'expérimentation sur un financement rétrospectif.

⇒ *Financement prospectif : versement d'un forfait à un acteur pour solde de tout compte, à charge pour lui de redistribuer aux autres opérateurs.*

Sur les forfaits, modélisation et simulation

L'ENP-EDS précise que les travaux sur la modélisation des forfaits ont été menés d'après la cohorte 2014/2016 avec un ajustement au risque et que les simulations ont été réalisées d'après la cohorte 2016/2017.

La FHP-SSR relève que de l'HDJ aurait pu être pris en compte en amont de l'intervention dans la mesure où les SSR ont un rôle à jouer en termes de médecine physique et réadaptation, avec l'intervention des médecins physiques et réadaptateurs (MPR) salariés en amont de l'intervention.

Sur la mobilisation des établissements SSR/HAD

La **FHP-SSR** pose la question de la capacité du SSR à intervenir dans le parcours et de la façon dont un SSR peut s'investir dans le projet.

L'**ENP-EDS** précise que cet engagement des SSR/HAD peut se faire dans le cadre de partenariats à nouer avec des MCO, que ce soit dès a candidature dans le cadre de l'appel à projet ou au fil de l'eau tout au long de l'expérimentation.

La **FHP-MCO** relève que le SSR a sa place dans l'expérimentation pour un certain nombre de patients dans l'EDS mais pas pour l'ensemble des patients. L'enjeu repose sur la bonne orientation du patient, le MCO étant le pivot comme dans les expérimentations étrangères, avec association indispensable des SSR/HAD pour un certain nombre de patients.

La **FHP-SSR** précise qu'elle a recommandé à ses adhérents de nouer des partenariats pour participer à ce projet. Il faut mettre les compétences de réadaptation locomoteur à profit.

L'**ENP-EDS** relève qu'il y a un message à faire passer au niveau régional. C'est pourquoi des échanges sont effectués avec les ARS et DCGDR.

Sur le SSR dans la prédiction des parcours et le forfait qui en découle

UNICANCER pose la question de l'identification de l'offre SSR/HAD sur les territoires, en particulier pour les territoires *sous-dotés*, pour les comparaisons entre établissements MCO qui n'ont pas forcément la même offre SSR/HAD qu'un autre.

La **FHP-SSR** complète en relevant que le fait qu'un territoire soit identifié comme *sous-doté* en SSR ne prend pas en compte les caractéristiques des SSR présents sur ce territoire au regard de la spécialisation des SSR : un établissement MCO dans un territoire sous-doté en SSR pourra toutefois avoir une offre spécialisée PTH/PTG et inversement un établissement MCO bien doté en SSR souffrir d'un manque de SSR spécialisé PTH/PTG.

La **FEHAP** indique que des informations issues du DCIR pouvaient être testées pour affiner le modèle.

L'**ENP-EDS** précise que dans le cadre de la co-construction, sur la dimension prédictive du parcours, il y a eu un souhait des professionnels de ne pas se baser sur les niveaux de sévérités. La prédiction est donc basée sur des caractéristiques des patients connus à l'admission (comorbidité, pathologie locomotrice, ALD, facteurs environnementaux...). De nombreuses variables ont été testées et la variable « offre SSR/HAD » retenue était la seule possible à date. Le raisonnement est effectivement fait en masse et il n'a pas été possible de prendre en compte les particularités territoriales mais cela fait partie des éléments importants qui seront pris en compte dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation. Par ailleurs, il est à noter que le modèle sur-prédit le SSR.

Sur le financement des prises en charge SSR dans les forfaits

L'UGECAM relève que le fait de partir sur une moyenne de dépense sur l'observé pour le SSR/HAS ne permet pas de prendre en compte les actes, les intensités de rééducation et les appareillages qui sont pratiqués dans les SSR, et n'incite donc pas forcément à la qualité.

L'ENP-EDS relève que la combinaison actuelle de financements dans le cadre de la réforme du financement des activités de SSR, introduite par la LFSS pour 2016, a rendu impossible une prise en compte fine des financements attachés au SSR dans le cadre du modèle EDS. Cet élément sera cependant pris en compte dans le cadre de l'évaluation. Par ailleurs, le cas échéant, la prise en compte d'éventuelles évolutions du financement SSR qui interviendraient au cours de l'expérimentation, sera étudiée. Sur l'incitation à la qualité, il est à noter que MCO, SSR/HAD sont coresponsables des indicateurs qualité avec notamment le PREMs développé par la HAS qui prend en compte l'ensemble de l'EDS ou encore l'intégration des réhospitalisations dans les forfaits.

Sur les mécanismes de sauvegardes

Mécanisme de sauvegardes mis en place pour éviter la sélection des patients : exclusion des EDS comportant décès ou soins palliatif, des EDS avec durée trop importante (1%), des EDS dont les dépenses observées sont atypiques (P97 – 3% des dépenses les plus importantes au national)

UNICANCER relève qu'il y aura un biais si les expérimentateurs sont tous « bons » et qu'il sera difficile de démontrer qu'il y a une amélioration.

L'ENP-EDS relève qu'il s'agit d'un biais du volontariat retenu comme principe pour les expérimentations mais que certains des établissements engagés ont plus de marges d'amélioration que d'autres. Par ailleurs l'évaluation doit permettre de comparer l'évolution des pratiques des candidats mais également de comparer avec des établissements ne participant pas à l'expérimentation.

Sur les bonus/malus

L'ENP-EDS précise que :

- Pendant les 2 premières années de la phase de financement rétrospective, seuls des bonus seront appliqués ;
- Une obligation de partage des bonus avec les partenaires (ville/SSR/HAD) a été retenue comme principe, avec une clé de répartition à la main des acteurs ;
- Les malus, à compter de la 3^{ème} année, ne seront pas appliqués si les résultats en termes de qualité sont supérieurs à un certain seuil ;
- En toute hypothèse, les partenaires (ville/SSR/HAD), ne se verront pas appliqués de malus, le risque étant porté par les établissements MCO ;
- Un plafonnement des gains (10% dépenses observées) et des pertes (3% dépenses observées) sera opéré.

La FHP-SSR relève qu'il s'agit d'un message important à relayer pour faire adhérer les SSR au projet.

Pour aller plus loin

- [Page dédiée à EDS sur le site du ministère des solidarités et de la santé \(cliquer ici\)](#)
⇒ Rubriques « système de santé et médico-social » > « parcours des patients et des usagers » > « article 51 »
- [Page dédiée aux appels à projets dont celui pour EDS, sur le site considéré \(cliquer ici\)](#)
⇒ Rubriques « système de santé et médico-social » > « parcours des patients et des usagers » > « article 51 »
- Pour toute information : episodedesoins@sante.gouv.fr

Contact

episodedesoins@sante.gouv.fr

Site internet

[EDS – Cliquer ici](#)



EDS

PAIEMENT

À l'épisode de soins



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



l'Assurance
Maladie

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



Article 51 LFSS 2018 : Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins (EDS)

Réunion d'échange et de partage avec
les fédérations des établissements de
santé – 03 octobre 2019

Le projet Episode de soins

Mai 2018

- Appel à manifestation d'intérêt pour Colectomie pour cancer, PTH et PTG

Phase de co-construction avec les acteurs AMI

- Ateliers thématiques
- Visites sur site → rencontre des équipes des ES MCO et des partenaires

17 Juillet 2019

- Publication des cahiers des charges, liste des participants vague 1 et annexes
- Publication de l'appel à projets vague 2

Début 2020

- Début de l'expérimentation pour **la vague 2**

Septembre 2018

- 25 candidats de 10 régions retenus

Lancement de l'expérimentation
– Phase d'apprentissage -

- Mise en œuvre des projets par les expérimentateurs avec l'appui de l'équipe projet nationale et des réseaux ARS / Assurance Maladie
- Test du modèle et pas d'impact financier
- Ajustement du modèle d'expérimentation

Présentation du modèle EDS

D'un paiement forfaitaire global



- 👍 Favoriser la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers
- 👍 Assurer la continuité du suivi des patients
- 👍 Prendre en compte l'expérience des patients
- 👍 Intégrer l'évolution des pratiques professionnelles
- 👍 Améliorer la qualité et l'efficacité des soins



- **Et proposer la prise en charge la plus adaptée en :**
 - Identifiant et maîtrisant les facteurs de risque,
 - Accompagnant le patient tout au long de sa prise en charge
 - Anticipant les ruptures de parcours

De l'expérimentation



Tester le **caractère incitatif** de modalités de **financements décloisonnés** pour la mise en place et le développement **d'organisations innovantes** entre les acteurs



Faire émerger les organisations innovantes



Tester la faisabilité technique et opérationnelle d'un paiement forfaitaire



Améliorer

- Qualité du service rendu au patient,
- Résultats de soins,
- Efficacité des prises en charge
- Organisation des acteurs

Evaluer l'opportunité d'une éventuelle généralisation et des conditions associées de déploiement

Déroulement de l'expérimentation

Début des expérimentations

Eventuelle généralisation

Durée de l'expérimentation : 5 ans maximum

- Phase 1 –
APPRENTISSAGE

- Phase 2 – FINANCEMENT RETROSPECTIF

24 mois

- Phase 3 –
FINANCEMENT
PROSPECTIF

Go – No Go

Go – No Go

Mise en place du projet et des organisations

- Aide au lancement
- Appropriation et ajustements du modèle

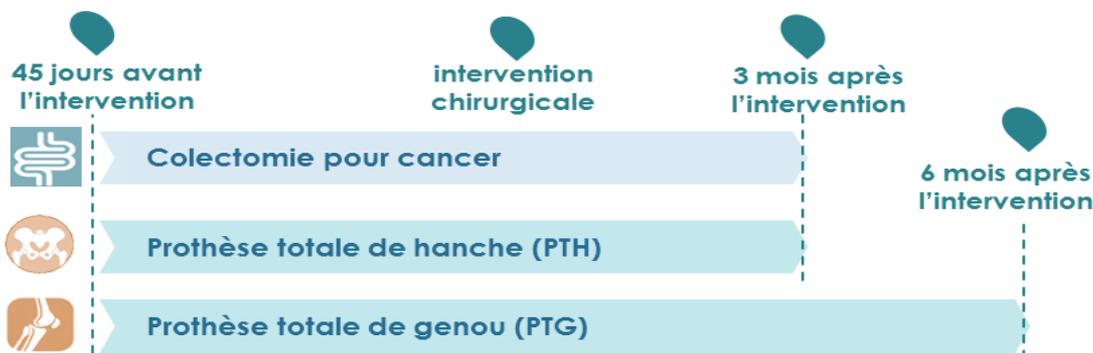


- Comparaison *a posteriori* entre dépense observée et dépense « cible »
- Pas de modifications des modalités de rémunération des acteurs
- Intéressement aux résultats

3 options

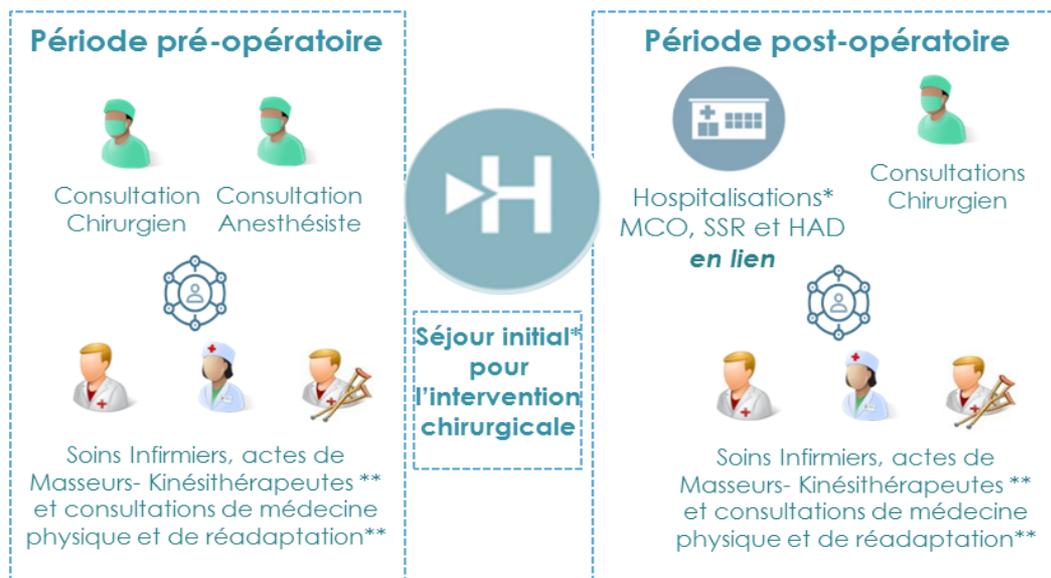
- 1/ Poursuite de la phase *rétrospective*
- 2 / Passage au *financement prospectif* (pour les volontaires)
- 3/ Arrêt de l'expérimentation

Périmètre des épisodes de soins



Durées des épisodes

- Intervenants et prestations
 - Volontairement restreint dans un premier temps



* Hors molécules onéreuses et dispositifs médicaux de la liste en sus

** Pour les épisodes de soins PTH et PTG uniquement

Un modèle forfaitaire ajusté au risque avec une double composante



Performance économique



Qualité

- **Mesure de l'efficacité économique** relative aux dépenses engagées dans les épisodes de soins
- A partir d'un **financement groupé** défini :
 - Pour un périmètre et une équipe de soins donnés
 - A partir d'un parcours prédictif prenant en compte les caractéristiques et facteurs de risque du patient

- Suivi de l'atteinte d'objectifs dans la **qualité de la prise en charge et la performance des organisations**
- Inciter l'ensemble des participants à proposer une **amélioration continue** de la qualité des prises en charge, prenant en compte l'expérience patient
- S'assurer que les efforts pour la maîtrise des dépenses **ne se font pas au détriment de la qualité**

Un paiement groupé

- Adressant le pré / per et post hospitalisation dans un objectif de mise en place de parcours de prise en charge coordonnés, fluides et sans rupture

Une approche prédictive

- Prédictions du parcours et du montant cible calculés à partir d'informations sur le patient et sa prise en charge connue en amont de l'intervention chirurgicale
- Exemple

Patient - Femme, 82 ans, vivant chez elle, diabétique, et présence d'une comorbidité de l'appareil locomoteur // Opération de la hanche programmée (NEKA014) dans un établissement public



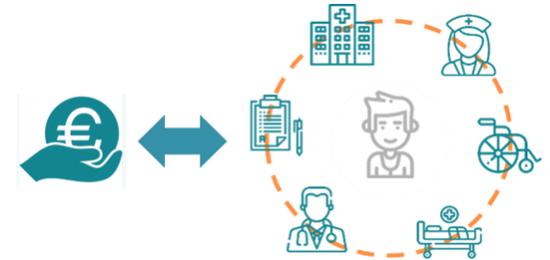
- Une **enveloppe qualité dédiée** redistribuée selon les résultats
- En adoptant une dynamique évolutive** pour permettre une appropriation progressive par les parties prenantes et des ajustements si nécessaires

Principes du forfait en phase rétrospective

- Calcul d'un forfait pour chaque patient = dépense

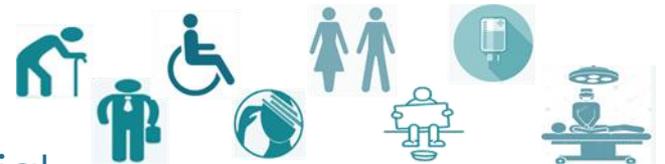


- Le forfait couvre les prestations, coordination incluse, réalisées par l'ensemble des acteurs au cours de l'épisode



- Forfait ajusté pour chaque patient

- Facteurs de risques
- Certaines caractéristiques du séjour initial



- A l'issue de l'épisode

- Comparaison dépense cible – dépense observée
- Répartition des gains / pertes entre les acteurs



Prise en compte de la qualité



Création d'une enveloppe qualité dédiée

- 2% des dépenses théoriques



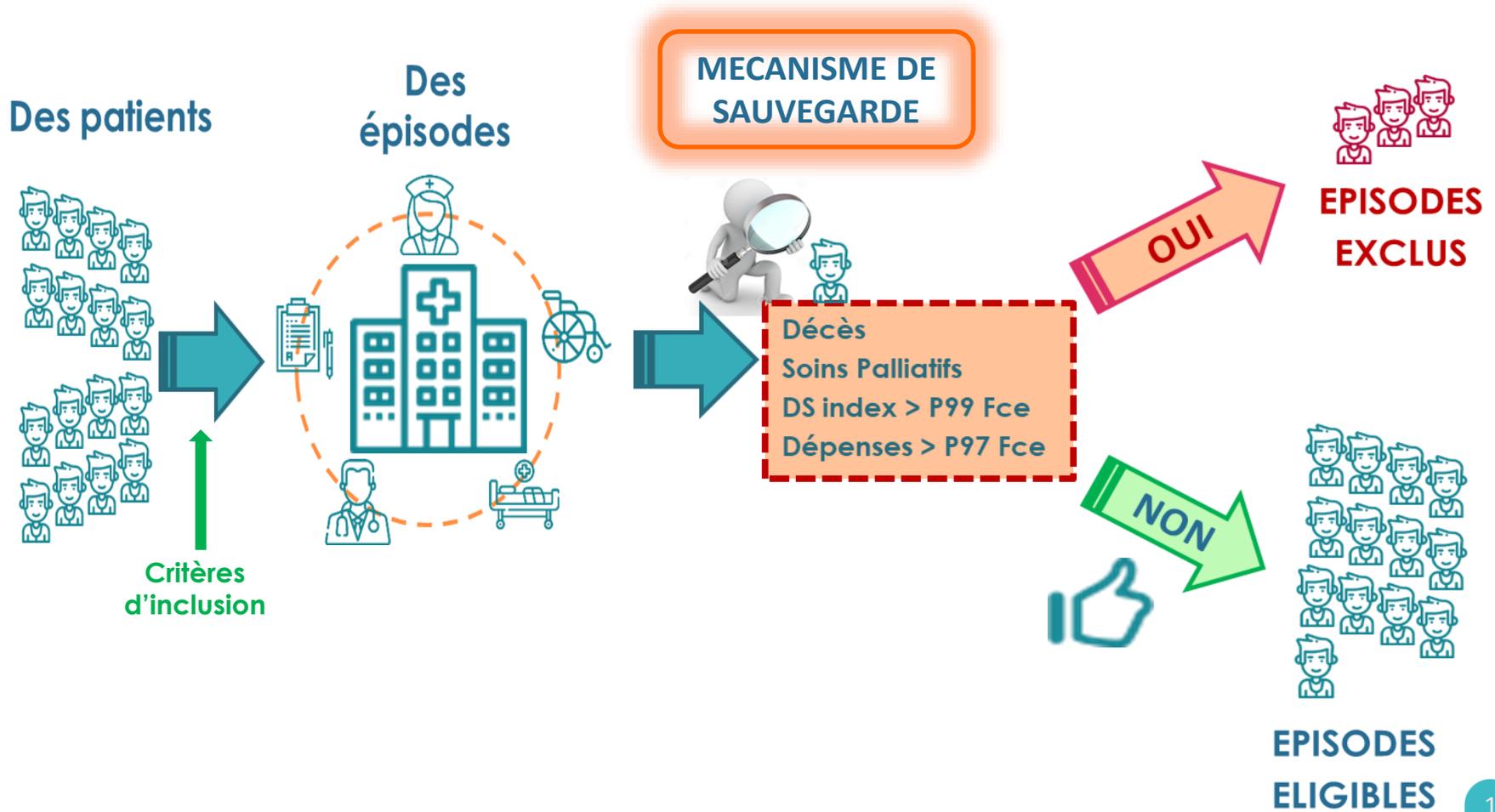
Redistribuée intégralement selon les résultats d'un **score qualité**



Utilisation d'indicateurs de **processus**, de **résultats** et de **retours patients** (en lien avec la HAS)

Calcul des résultats: la consolidation

● Sélection des épisodes éligibles à la forfaitisation



Calcul des résultats: la consolidation

Dépenses théoriques – observées

Montant qualité - contribution

 Résultat économique



 Résultat Qualité


Résultat global

RESISTRIBUTION si
Résultat positif
ET score qualité ≥ 50

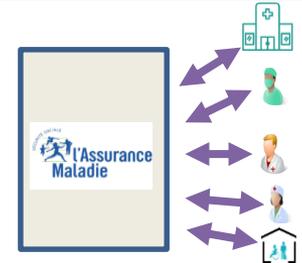
RÉCUPÉRATION si
Résultat négatif
ET score qualité < 50



ZOOM Principes et gestion

Gestion des bonus et malus par l'Assurance Maladie

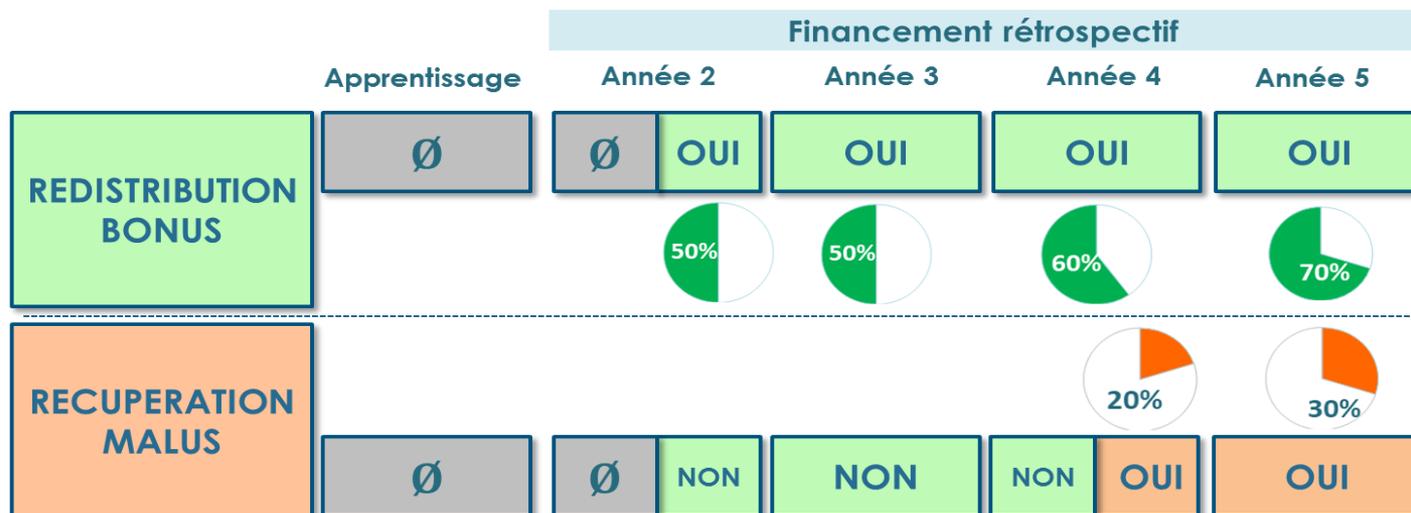
- **Cadre national** posant les grands principes de répartition
 - Adaptations locales possible
- **Un % minima du bonus hors établissement du séjour inaugural**
- **Pas de récupération en dehors de l'établissement du séjour inaugural**



Plafonnement des gains et des pertes

- Gain Max → 10% des dépenses observées
- Perte Max → 3% des dépenses observées

Trajectoire progressive (exemple Orthopédie)



Evaluation de l'expérimentation

- **Nationale**, sera réalisée par un **acteur externe indépendant**

Principaux objectifs

Caractère incitatif sur

- **Qualité** du service rendu,
- **Résultats** de soins,
- **Efficiency** des prises en charge
- **Organisation** des acteurs

Faisabilité technique et opérationnelle d'un paiement forfaitaire

Opportunité d'une **généralisation** et **conditions associées** de déploiement

Méthode

Approche QUALITATIVE

- Monographie
- Questionnaires
- Retours d'expérience

Approche QUANTITATIVE

Analyse Bases de données (SNDS, collectées...)

Lancement de --- l'expérimentation



13 établissements engagés

Participants par région

Auvergne Rhône Alpes

- CLCC Léon Bérard (*Côlon*)
- Clinique de la Sauvegarde (*Orthopédie et Côlon*)
- Infirmierie protestante (*Côlon*)
- Clinique Mutualiste de la Loire (*Orthopédie*)

Bourgogne Franche Comté

- Hôpital Privé de la Miotte (*Orthopédie*)
- Hôtel Dieu Le Creusot (*Orthopédie*)

Bretagne

- CHP Saint Grégoire (*Orthopédie et Côlon*)

Grand Est

- Hôpitaux privés de Metz, site de Belle-Isle (*Orthopédie*)

Hauts de France

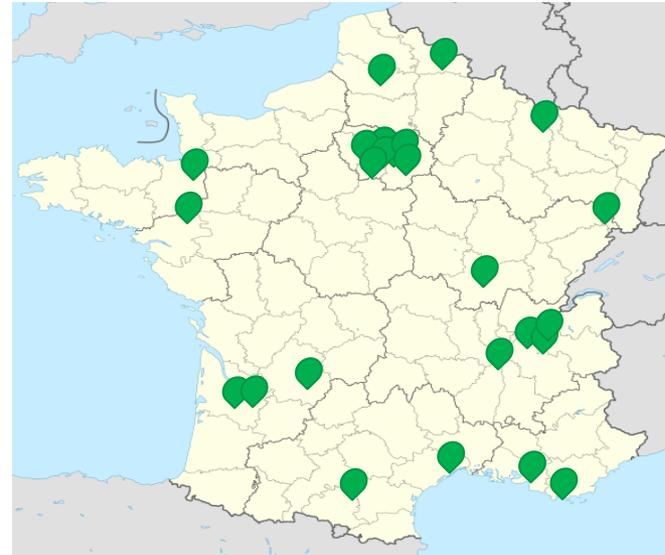
- CH de Valenciennes (*Orthopédie et Côlon*)
- CHU Amiens – Picardie (*Orthopédie*)

Ile-de-France

- AP-HP (Lariboisière – *Orthopédie*, Ambroise Paré – *Orthopédie et Côlon*, Saint Antoine - *Côlon*)
- Fondation Hôpital Saint Joseph (*Orthopédie et Côlon*)
- Institut Mutualiste Montsouris (*Orthopédie et Côlon*)
- Clinique Arago (*Orthopédie*)
- Cliniques Domont / Claude Bernard (*Orthopédie*)
- Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon (*Orthopédie*)



18 établissements engagés



Nouvelle Aquitaine

- CHU de Limoges (*Côlon*)
- GCS Bahia (*Orthopédie*)
- Polyclinique Aquitaine santé – Jean Villar (*Orthopédie*)

Normandie

- CH Avranches Granville (*Côlon*)

Occitanie

- Institut du Cancer de Montpellier (*Côlon*)
- CHU Toulouse (*Orthopédie*)

PACA

- HIA Saint Anne (*Orthopédie et Côlon*)
- Institut Paoli Calmettes (*Côlon*)

Lancement de la phase d'apprentissage

- **Mise en œuvre des projets par les expérimentateurs**
 - Informations et échanges avec les parties prenantes de l'expérimentation par les porteurs de projet
 - Définition et mise en place des organisations transverses
 - Appropriation des principes de l'expérimentation et des actions associées à mettre en œuvre

→ Avec l'appui de l'équipe projet nationale, des réseaux ARS / Assurance Maladie et de l'ANAP
- **Test et simulation des résultats**, sans impact financier pour les expérimentateurs
- **Travaux complémentaires sur le modèle, le chantier qualité et la gestion opérationnelle des financements dérogatoires**
- **Poursuite des échanges réguliers entre les expérimentateurs, l'équipe projet nationale et les réseaux ARS / Assurance Maladie**