



CAHIER DES CHARGES

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

Orthopédie – Prothèse Totale de Hanche programmée

Dans le cadre du dispositif des expérimentations pour l'innovation en santé, le Ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ont lancé conjointement, en mai 2018, trois appels à manifestation d'intérêt (AMI) afin d'accélérer le lancement de projets d'expérimentation d'initiative nationale et de favoriser leur réussite par l'implication des acteurs de terrain dès la phase de conception.

- **L'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins (EDS) pour des prises en charge chirurgicales programmées**
 - Deux prises en charge en chirurgie orthopédique : **la prothèse totale de hanche [objet de ce cahier des charges]** et la prothèse totale de genou ;
 - Une prise en charge en chirurgie digestive : la colectomie pour cancer.
- L'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (Ipep)
- L'expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville (Peps)

L'objectif de ces appels à manifestation d'intérêt était de sélectionner des candidats souhaitant travailler à la co-construction des cahiers des charges de ces expérimentations. La démarche proposée reposait ainsi sur une logique de volontariat et de co-construction avec les acteurs de terrain.

Le présent cahier des charges est issu des travaux de co-construction menés de septembre 2018 à avril 2019 avec les 17 établissements sélectionnés dans le cadre de l'AMI, **pour l'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour la prise en charge chirurgicale en orthopédie pour prothèse totale de hanche (PTH) programmée.**

Table des matières

1	Rappel du contexte	4
2	Objet et finalité du projet d'expérimentation - Enjeu de l'expérimentation	5
3	Les impacts attendus à court et moyen termes du projet d'expérimentation	6
4	Définition et périmètre de l'épisode de soins	7
4.1	Durée de l'épisode de soins	8
4.2	Les patients inclus dans l'épisode de soins	8
4.3	Prestations, intervenants et dépenses prises en compte dans l'épisode de soins	9
5	Durée de l'expérimentation envisagée	13
5.1	PHASE 1 - Phase d'apprentissage de 18 mois	13
5.2	PHASE 2 - Phase de financement rétrospectif de 2 années minimum.....	14
5.3	PHASE 3 - Phase de financement prospectif	15
6	Champ d'application territorial.....	16
7	Porteur du projet et partenaires de l'expérimentation	17
7.1	Les porteurs et partenaires institutionnels du projet EDS	17
7.2	Les contributions des professionnels	18
8	Candidature et participation à l'expérimentation.....	18
8.1	Profil des candidats et des participants	18
8.2	Modalités de candidatures.....	19
8.3	Modalités de révision du cahier des charges	19
9	Organisation et pilotage du projet d'expérimentation.....	20
10	Catégories d'expérimentations.....	20
11	Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation.....	21
12	Principes du modèle économique EDS et équilibre du schéma de financement.....	22
12.1	Les principes de construction du modèle.....	22
12.2	Principes de calcul des forfaits et d'ajustement au risque.....	22
12.3	La valorisation du modèle EDS	25
12.4	Résultat financier global et règles de redistribution / récupération.....	29
12.5	Trajectoire de redistribution des bonus et récupération des malus.....	30
12.6	Les règles de répartition des résultats financiers.....	30
12.7	Le besoin de financement	32
13	Suivi et évaluation du modèle de financement et de son impact sur la qualité, pertinence, sécurité et efficacité des soins.....	32
14	Modalités de financement et d'accompagnement.....	33
15	Les besoins en système d'information	35

15.1	Services numériques destinés à faciliter les prises en charge coordonnées et dossier patient	35
15.2	Articulation avec la plateforme Art 51 développée par l'Assurance Maladie	36
16	Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées	36
17	Nature des informations recueillies sur les patients dans le cadre de l'expérimentation et modalités selon lesquelles elles seront recueillies, utilisées et conservées	37
18	Liens d'intérêts	39
19	Éléments bibliographiques d'expériences étrangères	39
20	Liste des annexes et documents mis à disposition des participants à l'expérimentation	41
20.1	Liste des annexes.....	41
20.2	Kit d'information et d'accompagnement	41
21	ANNEXES	42
21.1	ANNEXE 1 – Appel à projets	42
21.2	ANNEXE 2 – Calcul du score qualité	43
21.3	ANNEXE 3 – Liste des indicateurs mobilisés pour le suivi, l'évaluation et / ou le financement	44
21.4	Glossaire	45

1 Rappel du contexte

Le projet d'expérimentation d'un financement groupé à l'épisode de soins s'inscrit dans l'ensemble des réflexions et initiatives engagées autour des évolutions de notre système de santé.

L'innovation organisationnelle constitue, au même titre que l'innovation technique, un enjeu crucial pour l'avenir de notre système de santé. Celui-ci doit en effet faire face à des défis majeurs : besoins accrus de santé liés au vieillissement de la population, aux maladies chroniques et aux polyopathologies, démographie médicale fragile et désertification de certains territoires, évolutions des pratiques thérapeutiques liées notamment aux progrès techniques et scientifiques.

Tout en assurant sa soutenabilité, notre système de santé doit sans cesse s'adapter, garantir un accès équitable et gradué aux soins et aux prises en charge médico-sociales. La qualité, la sécurité et l'efficacité des prises en charge sont trois dimensions indissociables de notre système de santé. L'enjeu est de fluidifier les parcours de soins sur l'ensemble du territoire à travers de meilleures coordination et organisation des acteurs (ville/hôpital/médico-social) afin d'assurer des soins pertinents et de qualité prenant en compte les profils des patients, évitant la survenue de complications génératrices de risques et d'inconfort pour les patients, ainsi que de surcoûts pour l'Assurance Maladie, tout en intégrant davantage le patient en tant qu'acteur de sa prise en charge.

Or, le cloisonnement des acteurs, accentué par un modèle de financement « en silos » principalement basé sur l'activité produite, et prenant encore insuffisamment en compte les enjeux de qualité et de sécurité des soins, peut constituer un frein à un réel engagement dans une logique globale de parcours de soins, avec de potentielles conséquences pour le patient et pour le système de santé (redondance ou non réalisation de certains actes...).

La stratégie nationale de santé, la mise en place d'un dispositif pérenne de promotion et d'autorisation d'expérimentations innovantes, l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale (CSS) et Ma Santé 2022, ont renforcé l'intérêt de faire évoluer les modes de financement et offrent un cadre permettant le développement de modèles forfaitaires, plus incitatifs à la pertinence des parcours et à une prise en compte plus importante de la qualité des soins et de l'intérêt du patient.

La proposition d'expérimenter un financement à l'épisode de soins vise à répondre à ces préoccupations.

Plusieurs pays (dont la Suède et les Etats-Unis) ont développé des modes de financement groupés à l'épisode de soins – « Bundled Payment », et les premiers travaux d'évaluation de ces dispositifs ont souligné leur impact positif sur la coordination entre les acteurs, les résultats pour le patient et la diminution des coûts pour la collectivité. La qualité des soins est quant à elle maintenue, voire améliorée.

L'élaboration du présent cahier des charges a été réalisée dans le cadre des travaux de l'appel à manifestation d'intérêt avec les représentants des 17 établissements de santé sélectionnés, avec le concours de la Haute autorité de santé (HAS) pour la détermination des indicateurs de l'expérimentation, les réflexions sur les questionnaires patients et notamment la conception d'un questionnaire d'expérience patient dédié, et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour la modélisation des parcours et des forfaits.

Le pilotage du projet d'expérimentation et de sa mise en place opérationnelle est assuré par le Ministère des Solidarités et de la Santé et (Direction Générale de l'Offre de Soins - DGOS) et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam).

2 Objet et finalité du projet d'expérimentation - Enjeu de l'expérimentation

La mise en place d'un montant forfaitaire pour l'ensemble des prestations définies dans un épisode de soins vise à faire émerger de nouvelles organisations pour améliorer :

- La fluidité de la prise en charge et la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers dans le cadre d'une organisation intégrée et s'appuyant sur les bonnes pratiques de prise en charge ;
- La qualité, la pertinence, la sécurité des soins ;
- L'état de santé et la satisfaction des patients ;
- L'efficacité des soins en favorisant une utilisation optimale des moyens.

L'expérimentation d'un financement à l'épisode de soins vise à proposer un montant forfaitaire pour un ensemble d'acteurs mobilisés au cours d'une prise en charge.

Le paiement adressera à la fois les acteurs de l'établissement de santé MCO au sein duquel a lieu la prise en charge initiale, les éventuels autres établissements de santé (MCO, SSR, HAD) impliqués, ainsi que les professionnels réalisant certains soins de ville, selon le périmètre défini. Le forfait comprendra toutes les dépenses comprises dans le périmètre de l'épisode de soins, ville et hôpital, pré, per et post-opératoire. Il couvrira les ressources nécessaires à la coordination, intégrera le risque de réhospitalisation et prendra également en compte la qualité via un compartiment dédié.

Cette expérimentation a pour objectif d'évaluer, en condition de vie réelle :

- La faisabilité technique et opérationnelle d'un modèle de paiement forfaitaire ;
- Le caractère incitatif de ce type de financement, sur la qualité du service rendu au patient, les résultats de soins, l'efficacité des prises en charge et le développement de coopérations et d'organisations innovantes entre les acteurs ;
- L'intérêt d'une généralisation de ce mode de paiement à une échelle géographique plus large, voire à d'autres processus de soins, ainsi que les modalités et conditions associées.

Ce mode de financement implique une modification significative du financement du système de santé actuel et des organisations de gestion et de facturation associées pour les acteurs de l'offre de soins, mais également pour l'Assurance Maladie. Aussi, comme l'ont soulignées les expériences étrangères, la mise en place d'un tel type de paiement doit être progressive.

Le modèle sera donc testé dans un premier temps en mode « rétrospectif », c'est-à-dire sans modification des modalités de facturation actuelles mais avec une analyse périodique des résultats à l'issue des épisodes (la consolidation). Même si l'objectif à terme, selon les résultats intermédiaires de l'évaluation de la phase rétrospective, est d'envisager la faisabilité d'un paiement « prospectif » (un forfait délivré au début de l'épisode de soins), **le présent cahier des charges porte uniquement sur l'expérimentation en mode rétrospectif.**

3 Les impacts attendus à court et moyen termes du projet d'expérimentation

En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers

L'amélioration de la qualité et la sécurité des soins est un des principaux objectifs poursuivis par cette expérimentation.

Ainsi, l'expérimentation doit contribuer à proposer au patient la prise en charge la plus adaptée, en :

- Identifiant et maîtrisant ses facteurs de risque ;
- Anticipant les ruptures de parcours ;
- Lui proposant un accompagnement pluridisciplinaire cohérent tout au long de sa prise en charge, et ce dès la validation de l'indication de l'intervention chirurgicale ;
- Prenant davantage en compte ses retours relatifs à son état de santé, sa qualité de vie, et à son expérience de prise en charge.

En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

L'innovation proposée par le financement à l'épisode de soins est notamment liée aux évolutions organisationnelles de prise en charge.

Il est donc attendu que l'expérimentation :

- Accompagne le développement de coopérations et d'organisations innovantes autour des prises en charge chirurgicales ciblées, prenant en compte les spécificités locales ;
- Accélère les actions déjà initiées autour d'une prise en charge globale du patient en amont, pendant et après l'intervention chirurgicale, et encourage des relations plus fluides entre les professionnels mobilisés ;
- Contribue à renforcer le développement, l'harmonisation et le partage des bonnes pratiques entre les acteurs ;
- Participe à la maîtrise du risque de complications et à l'amélioration de l'état de santé du patient.

En termes d'efficience pour les dépenses de santé

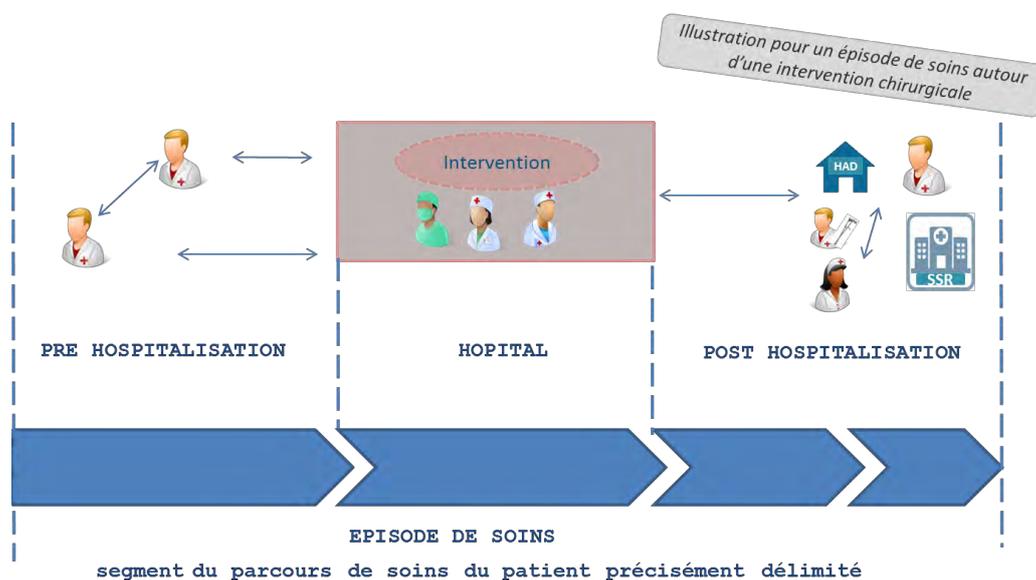
En mettant en avant la prise en charge anticipée, continue et coordonnée du patient dans un épisode de soins, l'expérimentation devra participer à :

- L'amélioration de l'expérience patient – préparation anticipée, de son information et de sa prise en charge, cohérence de l'ensemble de la prise en charge tout au long de l'épisode de soins selon le profil du patient, son état de santé, ses facteurs de risque et conditions socio – économiques ;
- L'amélioration de la pertinence des soins ;
- La diminution de la variabilité des pratiques, notamment dans l'orientation des patients en sortie d'hospitalisation ;

- La diminution des complications per et post interventions chirurgicales et des hospitalisations potentiellement évitables ;
- Une meilleure allocation des dépenses Assurance Maladie au sein de l'épisode de soins.

4 Définition et périmètre de l'épisode de soins

L'épisode, ou séquence, de soins représente l'ensemble des prestations dispensées à un patient pour un état de santé donné, pendant une période de temps définie, par un ensemble d'acteurs déterminés qui concourent à sa prise en charge.



Les travaux menés avec les professionnels de santé dans le cadre des travaux de co-construction du présent cahier des charges¹, en mobilisant leur expertise ainsi que des données d'analyse des parcours, ont permis de définir le périmètre de l'épisode de soins ciblé par l'expérimentation

L'étude des volumes d'activité, des caractéristiques de prise en charge, des initiatives déjà engagées autour d'approches coordonnées, de qualité en chirurgie, et d'accompagnement des patients, comme par exemple les programmes de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC), ou bien encore les dispositifs d'aide au retour à domicile des patients hospitalisés PRADO initié par l'Assurance Maladie, ont conduit à sélectionner, pour la spécialité orthopédique, l'épisode de soins «prothèse totale de hanche programmée».

En effet, la prothèse totale de de hanche programmée est apparue pertinente au regard des enjeux forts et afférents à cette intervention concernant l'évolution des pratiques avec l'implémentation de la RAAC et de la coordination ville/hôpital, du volume concerné (plus de 100 000 séjours annuels). Il s'agit d'une intervention qui concerne une population plutôt âgée avec une part significative de patients polyopathologiques, avec des enjeux importants d'information du patient et de son entourage, de mobilisation active en phase pré-opératoire, de sensibilisation et anticipation aux suites opératoires, et d'organisation et implication fortes des acteurs participant à la réhabilitation.

¹ Cf. la démarche de co-construction évoquée en page de garde.

4.1 Durée de l'épisode de soins



L'épisode de soins débute à la date de la consultation avec le chirurgien posant l'indication chirurgicale si elle a lieu dans les 45 jours précédant l'hospitalisation. A défaut, l'épisode de soins débute 45 jours avant l'admission (la consultation de chirurgie pouvant s'être déroulée en amont des 45 jours).

L'épisode de soins inclut le séjour MCO avec prothèse totale de hanche et se poursuit 90 jours après la sortie du patient.

4.2 Les patients inclus dans l'épisode de soins

Pourront être inclus dans l'épisode de soins les patients répondant à la totalité des critères suivants :

- Age supérieur à 17 ans ;
- Affiliés au régime obligatoire de l'assurance maladie, quel que soit le régime² ;
- Hospitalisés pour une première prise en charge chirurgicale de prothèse totale de hanche programmée :
 - Avec un séjour PMSI MCO groupé dans la racine 08C48 « Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents » ;
 - Et un diagnostic principal ou un diagnostic relié du chapitre XIII de la CIM 10 Maladies du système ostéo-articulaire et du tissu conjonctif (M00-M99) ; hors « Fracture osseuse au cours de maladies tumorales » (M907*) ;
 - Et sans séjour avec prothèse totale de hanche dans les 365 jours précédant l'admission.

A l'issue de l'épisode un patient initialement inclus pourra être exclu secondairement en fonction de la survenue de certains événements. Les critères d'exclusions secondaires, ou mécanismes de sauvegarde, sont précisés au point 12.2.1 Le résultat économique

² Sont exclus les patients résidant à l'étranger

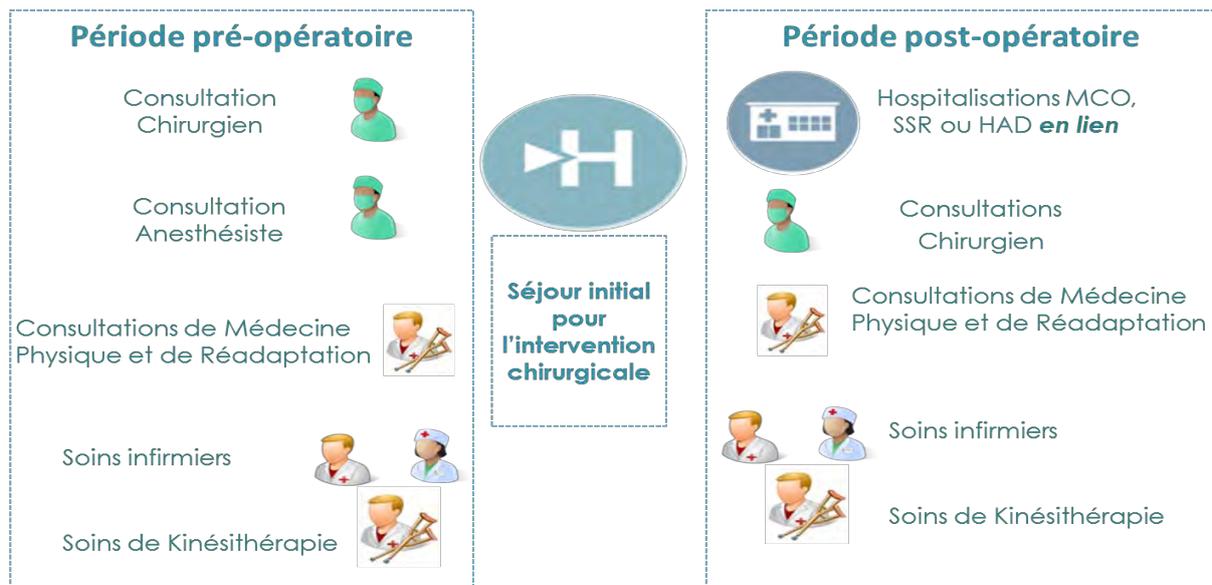
4.3 Prestations, intervenants et dépenses prises en compte dans l'épisode de soins

4.3.1 Un périmètre initial volontairement restreint

Dans un premier temps, et afin de débiter l'expérimentation, il a été choisi de prendre en compte un nombre limité de prestations et d'intervenants pour faciliter la compréhension de cette nouvelle approche de financement et permettre sa modélisation.

L'expérimentation devra pouvoir permettre d'affiner la compréhension des parcours patients, et d'inclure éventuellement d'autres prestations (imagerie, biologie, pharmacie, certaines activités IDE...) et intervenants (autres spécialités médicales...) considérés comme pertinents au cours ou à l'issue de l'expérimentation.

4.3.2 Les prestations et intervenants



Dans le cadre de l'expérimentation les hospitalisations et soins de ville pris en compte pour le calcul du forfait sont :

Le séjour index, c'est le séjour initial pour l'intervention chirurgicale

Les éventuelles réhospitalisations en lien avec le séjour index :

Sont considérées comme étant en lien avec l'épisode de soins les séjours MCO, SSR et HAD débutés dans les 90 jours suivant le séjour index et répondant aux critères de sélection suivant :

- Pour les hospitalisations en MCO
 - Délai d'entrée post-séjour index de 0 jour ;

- Ou Délai d'entrée post-séjour index > 0 jour et présence de certains actes CCAM ou diagnostics codés dans le RSA ;
- Deux groupes sont distingués pour les ré hospitalisations MCO :
 - Les ré hospitalisations spécifiques : elles sont considérées comme en lien « direct » avec la pathologie et/ou le geste réalisé (ex : hémarthrose, arthrite, complication de prothèse...). Elles sont recherchées pendant toute la durée de l'épisode de soins ;
 - Les réhospitalisations non spécifiques : elles sont considérées comme plus en lien avec une hospitalisation et une intervention chirurgicale (ex : Sepsis, AVC, troubles du rythme, phlébite ...) que directement liées à la pathologie et/ou le geste réalisé. Elles ne sont recherchées que pendant les 30 jours suivant la sortie du séjour index.
- Pour les hospitalisations en SSR ou HAD
 - Délai d'entrée post-séjour index <= 2 jours ;
 - Ou Délai d'entrée post-séjour index > 2 jours et aucun séjour ou soins de ville depuis la sortie du séjour index ;
 - Ou Délai d'entrée post-séjour index > 2 jours et séjour groupé dans certains GME pour le SSR, ou MPP / MPA pour la HAD.

Les listes détaillées des critères médicaux utilisés pour identifier les séjours considérés comme « en lien » ainsi que spécifiques ou non sont disponibles dans le kit d'information et d'accompagnement.

Des soins externes et de ville

- Dans la période pré opératoire :
 - Une consultation du chirurgien (orthopédiste ou général) ;
 - Une consultation anesthésiste ;
 - Les consultations de médecin de Médecine Physique et de Réadaptation ;
 - Les soins infirmiers ;
 - Les actes de masseur-kinésithérapeute.
- Dans la période post-opératoire :
 - Les consultations du chirurgien (orthopédiste ou général) ;
 - Les consultations de médecin de Médecine Physique et de Réadaptation ;
 - Les soins infirmiers ;
 - Les actes de masseur-kinésithérapeute.

L'ensemble de ces travaux ont été menés lors de la période de co-construction avec les professionnels. Cette première version a été utilisée pour développer le modèle et pourra faire l'objet de travaux complémentaires (listes de sélection pour les séjours, bilan pré opératoires, spécialités médicales prise en compte, activité des infirmières – consultations, prescriptions...) durant la phase d'apprentissage de l'expérimentation, en vue d'ajustements ultérieurs.

La coordination

Les travaux avec les professionnels ont permis d'identifier et définir les grandes missions pour mener à bien le travail de coordination au cours de l'épisode de soins.

Pré séjour index	Per séjour index	Post séjour index
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de l'environnement du patient • Information et préparation du patient à l'intervention en fonction des décisions du chirurgien (démarches admission, administratives, etc.) • Accompagnement du patient dans la gestion et la coordination de son parcours pré opératoire : rappel et préparation des actions pré opératoires, appel veille de l'opération, etc. • Information et sensibilisation du patient à l'EDS aux questionnaires et aux outils numériques • Préparation de la sortie opérationnelle (prise de RDV IDE, kiné, etc.) en lien avec l'évaluation du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'état du patient et ajustements éventuels des conditions de sortie initialement prévues • Gestion opérationnelle de la sortie (y compris démarches administratives) 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi téléphonique (entre J+1 et J+3) • Suivi de l'état du patient et information sur les étapes post-op. • Gestion des sollicitations non-programmées par les patients • Travail de liaison avec d'autres acteurs de l'EDS (ex: hospitalisation dans une autre structure de soins hors EDS) • Rappel des questionnaires à renseigner et gestion des résultats issus de l'utilisation des outils numériques
Formation intra- et extra-établissement des acteurs et information sur l'EDS		

Cette expérimentation d'un financement à l'épisode de soins ne présume pas des organisations qui sont mises en place par les professionnels de santé pour cette prise en charge. Cependant, il appartient aux professionnels mobilisés, conformément aux attentes de bonne coordination des acteurs engagés autour de la prise en charge du patient, d'informer le médecin traitant, référent médical du patient, de l'intervention chirurgicale et de la prise en charge afférente proposée et mise en place en pré et post opératoire. L'établissement de santé ayant réalisé l'intervention chirurgicale est, quant à lui, responsable de la continuité des soins associés.

4.3.3 Les dépenses prises en compte

Dans le cadre de l'expérimentation, il est calculé pour chaque épisode de soins un montant forfaitaire théorique couvrant l'ensemble des dépenses liées aux prestations et intervenants pris en compte.

Les dépenses sont entendues au sens de dépenses pour l'Assurance Maladie en base de remboursement (sans prise en compte du taux de remboursement du patient), et non au sens des dépenses pour l'établissement.

Pour chaque épisode de soins le montant du forfait est calculé à partir d'une analyse des dépenses observées pour les prises en charges sur une cohorte 2014-2016

Les dépenses prises en compte pour effectuer ces calculs, détaillées dans la note méthodologique présente dans le [kit d'information et d'accompagnement](#), sont :

Pour les séjours hospitaliers (MCO, SSR ou HAD) les dépenses correspondants aux prises en charges observées sur la cohorte 2014-2016 et valorisées avec les paramètres de la campagne tarifaire 2019.

- Sont prises en compte :
 - Les dépenses encadrées de l'assurance maladie (GHS, GME et GHT), y compris le coefficient géographique, le coefficient de reprise, et les transports inter-établissements ;
 - Les suppléments pour les hospitalisations MCO ;
 - Le coefficient de spécialisation pour les hospitalisations SSR ;

- L'ensemble des honoraires facturés via les facturations SNIIRAM pendant le séjour hospitalier pour tous les séjours MCO et HAD réalisés dans le secteur ex-OQN. En SSR, les honoraires sont pris en compte via les tarifs.
- Ne sont pas pris en compte :
 - Les coefficients prudentiels pour le MCO ;
 - Les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux de la liste en sus ;
 - Les coefficients de transition pour le SSR;
 - Les dépassements d'honoraires³. Même s'ils ne sont pas pris en compte dans les calculs, il est demandé aux professionnels de stabiliser leur niveau de dépassement sur la période de l'expérimentation.

Pour les soins de ville et l'activité externe : les dépenses correspondent aux bases de remboursement, y compris les majorations, valorisées sur la base des montants actuels

- Dans la période préopératoire de 45 jours :
 - Une consultation de chirurgien orthopédiste ou général ;
 - Une consultation d'anesthésiste : le tarif de la consultation prend en compte l'avis ponctuel de consultant (cotation APC) pour 30% des patients ;
 - Les consultations de médecin de Médecine Physique et de Réadaptation ;
 - Les soins infirmiers ;
 - Les actes de masseur-kinésithérapeute.
- Dans la période post-opératoire de 90 jours :
 - Les consultations de chirurgien orthopédiste ou général ;
 - Les consultations de médecin de Médecine Physique et de Réadaptation ;
 - Les soins infirmiers ;
 - Les actes de masseur-kinésithérapeute.
- Ne sont pas pris en compte :
 - Les indemnités kilométriques ;
 - Les dépassements d'honoraires. Même s'ils ne sont pas pris en compte dans les calculs, il est demandé aux professionnels de stabiliser leur niveau de dépassement sur la période de l'expérimentation.

Dans l'expérimentation, à l'issue de l'épisode de soins les dépenses réelles observées seront comparées aux dépenses théoriques du modèle.

L'ensemble des ré hospitalisations considérées comme sans lien avec le séjour index, ainsi que les autres prestations (médicaments de ville, biologie, consultations de spécialistes, médecin traitant, autres professionnels de santé...) non prises en compte dans l'épisode de soins restent financées selon les règles de droit commun.

³ Les dépassements d'honoraires ne sont pas à la charge de l'assurance maladie, même si il sont encadrés par le dispositif Option de pratique tarifaire maîtrisé, OPTAM

5 Durée de l'expérimentation envisagée

La durée totale de l'expérimentation est prévue pour un minimum de 3 ans et un maximum de 5 ans.

Une évaluation intermédiaire du modèle, du financement et des premiers résultats (médicaux, opérationnels et retours d'expérience), sera réalisée au bout de 3 ans.

La mise en œuvre du projet se déroulera en 3 grandes phases.



5.1 PHASE 1 - Phase d'apprentissage de 18 mois

Cette première phase est **une phase de simulation des résultats**, sans impact financier et sans modification des règles de facturation actuelles.

L'objectif est de permettre à l'ensemble des parties prenantes de l'expérimentation de s'approprier les principes et modalités de mise en œuvre de l'expérimentation et de lancer la mise en œuvre des projets organisationnels :

- Diffusion et communication de l'expérimentation au sein des établissements, auprès des professionnels de santé, sur le territoire, et auprès des patients ;
- Mise en place des organisations souhaitées pour la prise en charge des patients ;
- Inclusion des patients sur la plate-forme Article 51 (Chapitre 16.2 Articulation avec la plate-forme Article 51 développée par l'Assurance Maladie) ;
- Mise en place du recueil et de la restitution des données ;
- Mise en place et test des indicateurs, des forfaits et de la rémunération qualité ;
- Premiers retours d'expérience opérationnels ;
- Mise à disposition des expérimentateurs des résultats des simulations et d'une application du modèle de financement (indicateurs, résultats économiques, score qualité).

Un accompagnement spécifique sera apporté à l'ensemble des équipes expérimentatrices dans la conduite de leurs projets pour la mise en œuvre de l'expérimentation (cf. [Modalités de financement et d'accompagnement de l'expérimentation](#)).

Sur la base des retours observés durant cette phase, des ajustements au cahier des charges pourront être apportés.

En fonction des premiers résultats constatés, et au vu des éventuels ajustements au cahier des charges, les participants qui le souhaitent pourront sortir de l'expérimentation à la fin de cette première phase.

5.2 PHASE 2 - Phase de financement rétrospectif de 2 années minimum

Durant cette phase, le modèle de financement est mis en œuvre, mais les règles de facturation ne sont pas modifiées et les acteurs de l'épisode continueront d'être rémunérés à l'acte ou à l'activité⁴.

Le calcul des résultats financiers se fait a posteriori, annuellement à échéances fixes.

Il consiste à comparer, pour chaque expérimentateur, et pour les épisodes de soins terminés⁵, les dépenses observées pour la prise en charge des épisodes de soins aux dépenses théoriques calculées sur la base du modèle EDS.

Il s'agit d'un calcul *a posteriori* qui permet d'obtenir un résultat au niveau de l'établissement qui pourra être :

- Positif, si les dépenses observées sont inférieures aux dépenses attendues ;
- Négatif si les dépenses observées sont supérieures aux dépenses attendues.

Le modèle est ajusté au risque⁶ et prend également en compte la qualité des soins.

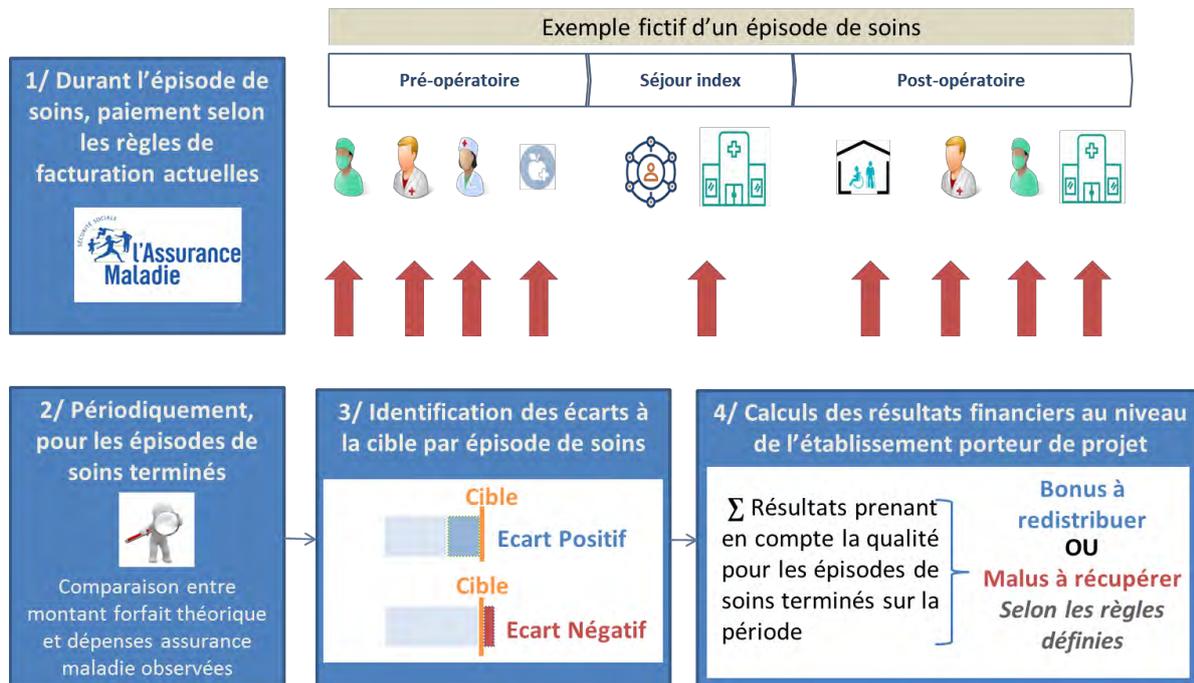
Les résultats seront mis à disposition des participants à l'expérimentation [via la plate-forme Article 51 présentée ci-après](#).

En fonction des résultats constatés les participants qui le souhaitent pourront sortir de l'expérimentation à la fin de cette seconde phase.

⁴ Paiement rétrospectif : rémunération des acteurs à l'acte ou à l'activité à l'issue de la consultation, de l'intervention, de la prise en charge.

⁵ Sont considérés comme terminés les épisodes de soins répondant aux critères de durée de l'épisode de soins, d'inclusion des patients, de maîtrise des risques, et ne faisant pas l'objet d'un litige avec l'assurance maladie.

⁶ Les variables, comorbidités et facteurs de risques, influençant les dépenses des parcours de soins et a priori connus à l'entrée du séjour inaugural sont prise en compte dans le montant forfaitaire théorique. Leur valorisation vient s'ajouter au montant forfaitaire de base calculé pour un parcours prédit donné.



À l'issue de 2 années d'expérimentation en **phase 2 dite « Mode de financement rétrospectif »**, une évaluation des premiers résultats est réalisée (résultats médicaux, opérationnels, acceptabilité et retours d'expérience...).

Au regard des résultats de cette évaluation, trois options pourront être envisagées :

- **Option 1 / L'arrêt de l'expérimentation** pour l'ensemble des expérimentateurs ;
- **Option 2 / La poursuite de la phase 2** de financement rétrospectif pour ceux qui le souhaitent ;
- **Option 3 / Le lancement de la phase 3** dite « mode de financement prospectif », pour les acteurs volontaires.

5.3 PHASE 3 - Phase de financement prospectif

Sous réserve des premiers résultats qui pourront être observés, l'expérimentation a également pour objectif de tester la faisabilité d'un mode de financement prospectif. **Pour rappel, cette phase expliquée ici dans ses principes n'est pas dans le périmètre du présent cahier des charges.**

Description :

- Dans cette phase, le forfait EDS est versé pour l'ensemble de la prise en charge au moment de l'entrée du patient dans l'épisode de soins ;
- Il s'agit d'un forfait « pour solde de tout compte », versé à un destinataire unique en charge de répartir ensuite le montant entre les différents acteurs mobilisés dans la prise en charge.

Versement d'un forfait au début de l'épisode de soins



Ce modèle de financement implique une modification significative du financement du système de santé actuel et des organisations de gestion et de facturation associées pour les acteurs de l'offre de soins, mais également pour l'Assurance Maladie. Les expériences étrangères ont toutes souligné la nécessité d'appréhender progressivement la mise en place d'un tel type de paiement, en débutant notamment par un modèle de financement rétrospectif.

Les principes financiers et organisationnels liés à la mise en place d'un mode de financement prospectif feront l'objet de travaux complémentaires durant les premières phases de l'expérimentation, conjointement avec les participants de l'expérimentation, et s'appuieront notamment sur les premiers résultats observés. Une fois validée, la possibilité d'expérimenter un modèle prospectif à l'issue de la phase 2 donnera lieu à un avenant à ce cahier des charges et permettra aux participants volontaires d'intégrer le dispositif.

6 Champ d'application territorial

Le projet d'expérimentation EDS est **d'initiative nationale** et s'appuie sur des équipes expérimentatrices réparties dans différentes régions du territoire.

L'expérimentation sera donc menée **sur l'ensemble du territoire national** avec les acteurs volontaires ayant participé à l'élaboration du présent cahier des charges et ceux qui seront sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets annexé au présent cahier des charges.

7 Porteur du projet et partenaires de l'expérimentation

7.1 Les porteurs et partenaires institutionnels du projet EDS

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation
Porteurs :	<p>Ministère des solidarités et de la santé</p> <p>14 avenue Duquesne 75007 PARIS</p> <p>Caisse nationale d'Assurance Maladie(CNAM)</p> <p>50 avenue du Professeur André Lemierre 75020 Paris</p>	<p>episodedesoins@sante.gouv.fr</p> <p>Lydia VALDES, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Adjointe au chef de bureau R3 « Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigues », co-pilote EDS</p> <p>Annie FOUARD, Responsable du Département de l'hospitalisation, co-pilote EDS</p>	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	<p>Haute autorité de santé (HAS)</p> <p>5, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex</p> <p>Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)</p> <p>117 boulevard Marius Vivier Merle 69329 Lyon Cedex 03</p> <p>Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)</p> <p>14, avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP</p> <p>Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)</p> <p>23 avenue d'Italie 75013 Paris</p>		<p>HAS : expertise scientifique pour le chantier qualité (indicateurs, questionnaires), aide à la mise en œuvre et analyse de la dimension qualité du modèle de financement</p> <p>ATIH : modélisation des parcours patients, calcul des forfaits, construction du modèle de financement, aide à sa mise en œuvre et ajustements.</p> <p>DREES : expertise et contribution aux travaux relatifs à l'évaluation de l'expérimentation.</p> <p>ANAP : élaboration et conduite de la démarche d'accompagnement de la mise en œuvre de l'expérimentation.</p>

7.2 Les contributions des professionnels

Le projet a été construit en partenariat avec les professionnels engagés dans la prise en charge des patients pour prothèse totale de genou.

L'expérimentation a été élaborée dans une logique de co-construction avec les professionnels retenus à l'issue d'un appel à manifestation d'intérêt national.

Les représentants des 17 participants retenus ont apporté, dans le cadre de groupes de travail qui se sont déroulés de septembre 2018 à mai 2019, leurs avis, propositions et expertises nécessaires à la construction de l'expérimentation et à sa déclinaison opérationnelle, contribuant ainsi à la construction du présent cahier des charges des expérimentations.

Dans ce cadre de cette expérimentation, et en accord avec les professionnels, les principes suivants ont été retenus pour la construction du modèle:

- **Intégrer une dimension prédictive au financement** par épisode de soins ;
- **Inciter à une amélioration globale de la prise en charge**, aussi bien en amont et en aval de l'intervention que lors du séjour inaugural ;
- **Prendre en compte la coordination.**

Ces points sont précisés au point 12.1 Les principes de construction du modèle

8 Candidature et participation à l'expérimentation

8.1 Profil des candidats et des participants

La candidature doit être portée par un établissement ou un groupe d'établissements de santé parmi lesquels doit obligatoirement figurer un ou des établissements de court séjour ayant une activité pour l'épisode de soins considéré, sachant qu'il n'est pas exigé de niveau minimal d'activité. Le porteur de la candidature sera, par la suite, l'établissement de référence, porteur du projet d'expérimentation.

Au sein de ces établissements, la participation de toute ou partie de l'équipe de soins (chirurgiens, anesthésistes, personnel soignant...) est nécessaire, et peuvent être incluses toutes les personnes de l'établissement utiles à la mise en œuvre (médecin DIM, qualitatif...).

Si le modèle de financement ne présume pas des organisations mises en place par les acteurs pour la prise en charge et le suivi de leurs patients, ces organisations devront intégrer une approche pluri professionnelle incluant l'ensemble de l'épisode de soins en amont, pendant et à la suite de l'intervention chirurgicale. Aussi, il est souhaité que le projet puisse inclure, idéalement d'emblée, la participation d'acteurs extérieurs à l'établissement de santé MCO, comme des professionnels de santé libéraux, et des établissements SSR et/ou HAD.

8.2 Modalités de candidatures

La candidature et la participation à l'expérimentation sont volontaires :

- **Les intervenants ayant participé à l'élaboration du cahier des charges ont tous vocation à participer à l'expérimentation** dès lors qu'ils en ont fait la demande et qu'ils respectent les prérequis du présent cahier des charges ;
- **Les acteurs n'ayant pas participé à l'élaboration du cahier des charges et souhaitant mener l'expérimentation sont invités à candidater à l'appel à projets** en complétant le dossier annexé au présent cahier des charges ([ANNEXE 1](#)).

Les projets seront sélectionnés sur la base d'une analyse réalisée aux niveaux régional et national. Les modalités précises (contenu du dossier de demande, calendrier, procédure de sélection...) sont indiquées dans l'appel à projets.

Il sera demandé à **chaque expérimentateur** d'adresser par email (email EDS, copie à l'ARS / réseau assurance maladie), dans les 2 mois qui suivent le début de l'expérimentation, **une feuille de route** (dont le modèle est téléchargeable -[kit d'information et d'accompagnement](#)) permettant de préciser les modalités de mise en œuvre envisagées par les candidats.

Cette feuille de route, qu'il conviendra d'actualiser à 6 mois et à la fin de la phase d'apprentissage, précisera :

- La gouvernance envisagée (interne et externe) du projet ;
- Les processus de prise en charge des patients et, le cas échéant, les adaptations envisagées ;
- Les objectifs et les moyens de les atteindre ;
- Un calendrier de mise en œuvre du projet.

Les participants à l'expérimentation seront invités à présenter leur projet organisationnel et l'avancement de la mise en place de ce dernier au cours de l'expérimentation.

Ils s'engagent à participer au minimum à la phase d'apprentissage, et à une participation d'une durée minimale de 2 ans en phase 2 s'ils s'y engagent, hors cas particuliers (cessation d'activité, fermeture d'établissement, ...).

8.3 Modalités de révision du cahier des charges

Le modèle de financement, la prise en compte de la qualité ainsi que les indicateurs retenus sont susceptibles d'évoluer au cours de l'expérimentation, au regard notamment des enseignements tirés lors de la phase d'apprentissage et en concertation avec les participants à l'expérimentation.

Toute modification du présent cahier des charges devra faire l'objet d'un avenant, soumis à l'avis des équipes expérimentatrices. En cas de désaccord, les équipes expérimentatrices qui le souhaiteraient auront alors la possibilité de sortir de l'expérimentation.

9 Organisation et pilotage du projet d'expérimentation

La gouvernance de l'expérimentation d'un paiement à l'EDS repose sur la mise en place, pendant toute la durée de l'expérimentation, **d'un comité opérationnel**, constitué des porteurs et partenaires du projet.

Ce comité est composé :

- Des porteurs du projet (Cnam et Ministère des Solidarités et de la Santé) ;
- Des partenaires (ATIH, HAS, ANAP, Drees, selon l'ordre du jour) ;
- D'un représentant des ARS et du réseau de l'Assurance Maladie ;
- Du responsable de l'évaluation – selon l'ordre du jour.

Il a vocation à se réunir *a minima* une fois tous les 3 mois durant la première année de l'expérimentation et selon des échéances à définir pour les années suivantes. L'objectif de ce comité est de faire le point sur la mise en œuvre de l'expérimentation, d'identifier les difficultés rencontrées, les points forts, les modifications éventuelles à apporter et les éventuels points d'attention à remonter au Comité technique de l'innovation en santé⁷ (CTIS).

Par ailleurs, **un accompagnement et un suivi des projets** des équipes expérimentatrices seront réalisés avec les participants à l'expérimentation, en lien avec l'ANAP, les ARS et le réseau de l'Assurance Maladie (cf. [Chapitre 15](#)).

10 Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (<u>Art. R. 162-50-1 –I-1°</u>)	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentations	X
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	

⁷ Conformément au décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, le comité technique de l'innovation en santé est composé du directeur de la sécurité sociale, du directeur général de l'offre de soins, du directeur général de la santé, du directeur général de la cohésion sociale, du directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, d'un représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé et du directeur de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie.

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)⁸ :	Cocher
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.	

11 Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

Le principe de financement à l'épisode de soins vise à apporter une première réponse aux difficultés liées au cloisonnement du modèle actuel et participe à encourager une approche intégrée autour du patient en dérogeant aux règles de tarification à l'activité à travers :

- 1 / La définition d'une rémunération forfaitaire ajusté sur le risque pour les acteurs intervenants dans la réalisation d'un épisode de soins défini ;
- 2/ La prise en compte de la coordination des acteurs mobilisés pour la prise en charge ;
- 3/ La prise en compte des résultats économiques et de qualité avec un intéressement financier direct des acteurs aux gains d'efficacité et à la qualité des prises en charges.

⁸ Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

12 Principes du modèle économique EDS et équilibre du schéma de financement

12.1 Les principes de construction du modèle

Sur la base du constat que le mode de financement actuel n'incite pas assez à la qualité et à l'anticipation/prévention, dans la mesure où une prise en charge optimale, ayant évité la survenue de complications durant le séjour, reste moins valorisée qu'un séjour avec la survenue d'une complication, et en accord avec les professionnels, les principes suivants ont été retenus pour la construction du modèle:

- **Intégrer une dimension prédictive au financement** en affectant à chaque patient un parcours attendu auquel est affecté un montant forfaitaire, sur la base de ses caractéristiques (facteurs de risques, comorbidités ...) considérées comme présentes à l'admission dans le séjour index ;
- **Inciter à une amélioration globale de la prise en charge**, aussi bien en amont et en aval de l'intervention (médecine péri opératoire, pré-habilitation, soins de ville, ré hospitalisations) que lors du séjour inaugural (limitation des complications « évitables »). Cette approche est en cohérence avec les récentes mesures d'incitation au développement de la RAAC (chapitre 3, article 6 bis de l'arrêté du 19 février 2015 modifié par l'article 4 de l'arrêté 2019) ;
- **Prendre en compte la coordination** dans les forfaits sur la base des travaux avec les professionnels qui ont permis d'identifier et définir les grandes missions pour mener à bien ce travail de coordination au cours de l'épisode de soins.

Le modèle cible du paiement à l'épisode de soins est un financement forfaitaire, prenant en compte les caractéristiques et facteurs de risque du patient, substitutif à la tarification à l'activité et au paiement à l'acte sur un périmètre défini, pour une équipe de soins.

Le forfait couvre toutes les dépenses prises en compte dans l'épisode de soins (ville et hôpital, pré- et postopératoire), ainsi que les ressources nécessaires à la coordination. A ce forfait, s'ajoute une prise en compte de la qualité via un compartiment dédié

Ce modèle est bâti sur une double composante :

1. **une composante « qualité »** qui mesure l'atteinte d'objectifs en termes de qualité de la prise en charge et de performance des organisations ;
2. **une composante « performance économique »** qui mesure l'efficacité économique d'un ensemble d'acteurs en termes de dépenses relatives à la prise en charge des épisodes de soins.

12.2 Principes de calcul des forfaits et d'ajustement au risque

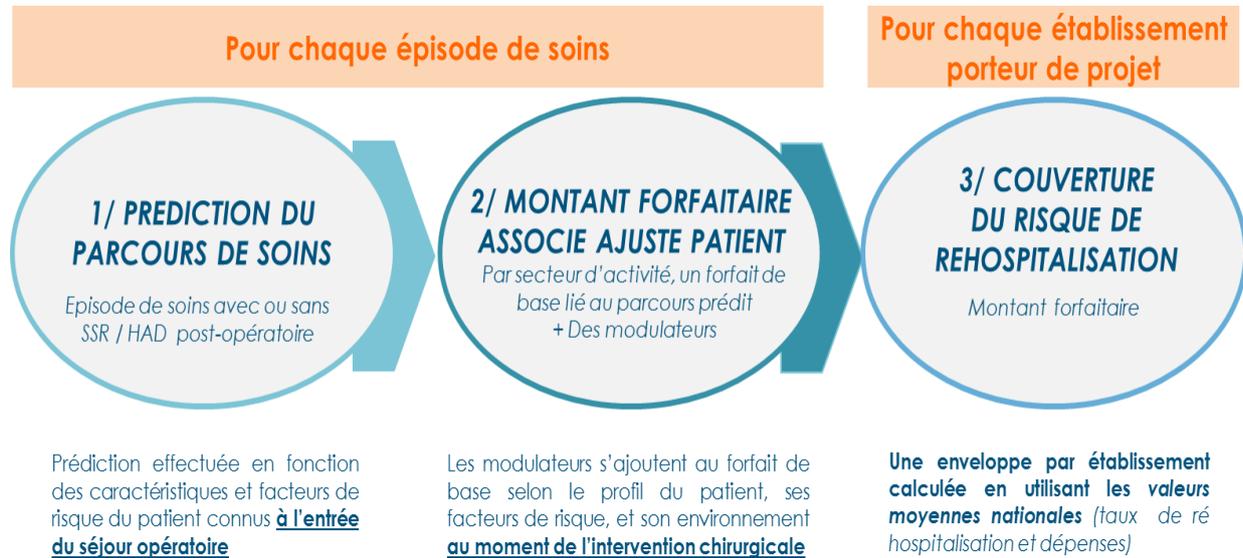
Les forfaits sont nationaux, prédéfinis et identiques pour l'ensemble des acteurs de l'expérimentation appartenant à un même secteur d'activité.

Les travaux de modélisation et les calculs ont été réalisés à partir des prises en charge observées sur une cohorte nationale 2014-2016 constituée à partir des bases de l'Assurance Maladie.

Les bases ont été regroupées avec les versions de la classification 2018 et les épisodes de soins valorisés avec les paramètres de la campagne tarifaire 2019 en intégrant la prise en compte de la

mesure RAAC (Les éléments plus détaillés sont présentés dans la note méthodologique du kit d'information et d'accompagnement).

12.2.1 Calculs et composition des forfaits



1. Prédiction d'un parcours dit « de base » pour chaque patient

Les variables considérées comme présentes à l'admission dans le séjour index, et influençant significativement la probabilité d'une prise en charge ou non en SSR ou HAD au décours de l'intervention, ont été identifiées par une analyse multivariée et ont permis de calculer le seuil au-delà duquel le parcours de base serait considéré comme avec ou sans SSR ou HAD.

NB. Dans les travaux d'analyse un parcours de base est dit avec SSR ou HAD si ce séjour débute dans les 48h suivant la sortie du séjour index, ou en cas d'absence de toute prise en charge (soins de ville ou séjour) entre la sortie du séjour index et le séjour SSR ou HAD, quelle que soit cette durée.

2. Le forfait de base

Le forfait peut prendre quatre valeurs pour un même épisode de soins selon le secteur de financement de l'établissement MCO dans lequel a eu lieu le séjour de chirurgie initial (ex-DG ou ex-OQN) et la prédiction d'un passage en SSR/HAD post-chirurgie (avec ou sans).

3. Des modulateurs pour prendre en compte le profil et les facteurs de risque de chaque patient

Un modulateur permet d'**ajouter un montant prédéfini au forfait de base pour tenir compte des facteurs de risque ou caractéristiques du patient ou de sa prise en charge.**

Dans le cadre de la PTH ce sont 9 modulateurs, dont les montants sont propres à chaque parcours de base et à chaque secteur, qui ont été sélectionnés au regard de leur caractère explicatif de la dépense :

- Actes autres que NEKA014 et NEKA020
- Age \geq 80 ans
- CMU-C
- Comorbidités locomotrices
- Comorbidités cognitives
- Comorbidités socio-environnementales
- Autres comorbidités
- Patient non hébergé en EHPAD en entrée ou en sortie du séjour inaugural
- Séjours en RAAC.

La rémunération forfaitaire pour un épisode de soins correspond donc à une dépense de base, à laquelle peuvent s'ajouter un ou plusieurs montants additionnels en fonction des caractéristiques du patient et de sa prise en charge.

FORFAIT DE BASE					
Ex DG	Parcours sans SSR		Parcours avec SSR		
Forfait de base	4 355,50		8 449,99		
Modulateurs :					
- Actes autres que NEKA014 et NEKA020	101,98		614,21		
- Age \geq 80 ans	751,74		1 129,72		
- CMU-C	55,93				
- Comorbidités locomotrices	116,53		613,95		
- Comorbidités cognitives	176,79		659,11		
- Comorbidités socio-environnementales	429,23		389,10		
- Autres comorbidités	122,14		350,39		
- Patient non hébergé en EHPAD en entrée ou sortie du séjour inaugural	369,84		206,54		
Séjours en RAAC	898,21		898,21		
EX OQN	Parcours sans SSR		Parcours avec SSR		
Forfait de base	3 690,79		7 632,55		
Modulateurs :					
- Actes autres que NEKA014 et NEKA020	162,00		302,08		
- Age \geq 80 ans	517,46		896,70		
- CMU-C	58,14				
- Comorbidités locomotrices	142,38		497,69		
- Comorbidités cognitives	152,43		555,37		
- Comorbidités socio-environnementales	177,49		140,60		
- Autres comorbidités	84,48		297,57		
- Patient non hébergé en EHPAD en entrée ou sortie du séjour inaugural	384,40		206,54		
Séjours en RAAC	390,03		390,03		

12.2.2 4. Le risque de réhospitalisation est géré au niveau de l'établissement

Les travaux menés n'ayant pas permis de modéliser le risque de réhospitalisation ou la dépense associée. Le choix a donc été fait d'utiliser les valeurs moyennes nationales pour chaque champ (MCO et SSR/HAD), secteur de financement du séjour index et parcours de base

Le montant prévu est défini à partir du calcul du risque moyen de réhospitalisation et de la dépense moyenne pour une réhospitalisation, pour l'ensemble des épisodes de soins de l'établissement sur la période.

Chaque établissement percevra donc, pour l'ensemble de ses épisodes de soins, une enveloppe pour couvrir le risque de ré hospitalisation :

Réhospitalisation							
EX-DG	Parcours		EX-OQN	Parcours			
	sans SSR	avec SSR		sans SSR	avec SSR		
Ré-hospitalisations MCO spécifiques			Ré-hospitalisations MCO spécifiques				
-	taux de ré-hospitalisation national	1,869%	2,166%	-	taux de ré-hospitalisation national	1,593%	2,076%
-	dépenses moyennes des ré-hospitalisations	5 921,22	7 353,77	-	dépenses moyennes des ré-hospitalisations	4 570,56	5 383,07
Ré-hospitalisations MCO non spécifiques			Ré-hospitalisations MCO non spécifiques				
-	taux de ré-hospitalisation national	2,152%	1,717%	-	taux de ré-hospitalisation national	2,002%	1,590%
-	dépenses moyennes des ré-hospitalisations	3 646,61	4 436,85	-	dépenses moyennes des ré-hospitalisations	3 506,05	3 631,67
Ré-hospitalisations SSR			Ré-hospitalisations SSR				
-	taux de ré-hospitalisation national	2,335%	10,772%	-	taux de ré-hospitalisation national	1,598%	8,933%
-	dépenses moyennes des ré-hospitalisations	4 665,83	5 501,67	-	dépenses moyennes des ré-hospitalisations	4 934,94	4 976,87

L'ensemble des composantes du modèle (facteurs de risques, caractéristiques du patient, modèle prédictif, réhospitalisation, forfait de base, modulateurs...) développé lors de la période de co-construction avec les professionnels pourra faire l'objet de travaux complémentaires durant la phase d'apprentissage de l'expérimentation.

Les éventuels ajustements feront l'objet d'un avenant au cahier des charges.

12.3 La valorisation du modèle EDS

Durant la phase « rétrospective », les modes de financement actuels restent inchangés au cours de l'épisode de soins.

La gestion des résultats du modèle EDS est fondée sur la performance économique et les résultats qualité.

12.3.1 Le résultat économique

Pour chaque épisode de soins on dispose à l'issue de la prise en charge, des dépenses réelles observées et des dépenses théoriques.

Le résultat économie des prises en charge sera mesuré en comparant les dépenses réelles observées pour les épisodes de soins réalisés, aux dépenses théoriques du modèle.

Pour chaque porteur de projet, les dépenses théoriques, composées pour chaque épisode de soins des forfaits et modulateurs ainsi que du risque de ré-hospitalisation évalué du niveau de l'établissement, sont comparées aux dépenses observées (déduction fait de la contribution théorique à l'enveloppe qualité). Cet écart est appelé « résultat économique ».

Ce résultat économique peut être positif si les dépenses cibles sont supérieures aux dépenses observées, ou négatif dans le cas contraire.

Afin de limiter les risques liés à des épisodes atypiques en termes de prise en charge ou de dépenses, les mécanismes de sauvegarde sont déclenchés et permettent d'exclure lors de la consolidation des résultats les épisodes de soins :

- au cours desquels le patient décède ou reçoit des soins palliatifs, quel que soit le champ (MCO, SSR, HAD) ;
- dont la durée du séjour index est supérieure à 25 jours (au 99ème percentile de la distribution nationale observée sur la cohorte 2016-2017) ;
- dont la dépense observée est supérieure au 97ème percentile de la distribution nationale (15 400 €) observée sur la cohorte 2016-2017.

12.3.2 La valorisation de la qualité

La prise en compte et la valorisation de la qualité a pour objectifs :

- De s'assurer que les efforts réalisés en matière de maîtrise des dépenses ne se font pas au détriment de la qualité des prises en charge ;
- D'inciter l'ensemble des acteurs impliqués à proposer une amélioration continue de la qualité et à prendre en compte l'expérience de leurs patients.

Dans cette optique la composante qualité de l'expérimentation intègre des indicateurs de qualité et de performance ainsi que des indicateurs d'expérience patient.

Afin de garantir une rémunération de la qualité dédiée dans le cadre de l'expérimentation, il a été créé une enveloppe dédiée. Cette enveloppe est construite à masse constante et correspond à 2% des dépenses théoriques totales de l'expérimentation.

Ainsi pour chaque établissement porteur de projet, la contribution à cette enveloppe qualité est égale à 2% de ses dépenses théoriques totales.

L'enveloppe qualité est redistribuée intégralement en fonction du score qualité, et **chaque établissement porteur de projet pourra, en fonction de son score, être éligible au titre de la qualité à une rémunération supérieure, égale, ou inférieure à sa contribution.**

Pour chaque porteur de projet, **le montant qualité** auquel il est éligible est égal au Score qualité x Dépenses théoriques des épisodes de soins x valeur du point qualité.

La valeur du point qualité est égale au montant de l'enveloppe divisée par la somme des scores de l'ensemble des expérimentateurs.

12.3.3 Les indicateurs permettant de calculer le score qualité

Relatifs à la qualité des prises en charge

- **ISO Ortho – Infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche - hors fracture – ou de genou** – Indicateur développé par la HAS en partenariat avec le CPIAS Ile-de-France, a été restitué pour la première fois aux établissements en octobre 2018 (fiche indicateur dans le kit d'information et d'accompagnement) et est en cours de consolidation pour sa 2ème restitution en 2019. La mesure de la VPP par retour aux dossiers fin 2019 permettra d'en valider les utilisations possibles en dehors du pilotage interne de la qualité et de la sécurité des soins.
- **ETE Ortho – Mesure des évènements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche -hors fracture – ou de genou** - Indicateur développé par la HAS à partir de travaux

réalisés en France de 2005 à 2013 notamment par le consortium CLARTE. Il est restitué aux établissements depuis 2016, est en diffusion publique depuis 2018, a été intégré dans IFAQ en 2018 et sa prochaine restitution est prévue fin 2019 (fiche indicateur 2019 à paraître).

- Dans un second temps, une fois leur faisabilité validée :
 - Dépistage et prise en charge de la dénutrition pré opératoire :
 - % des patients EDS pour lesquels une évaluation pré opératoire du statut nutritionnel a été réalisée ;
 - % des patients EDS dénutris pour lesquels une action correctrice pré opératoire a été mise en place.
 - Dépistage et prise en charge de l'anémie pré opératoire :
 - % des patients EDS anémiés pour lesquels une évaluation pré opératoire de l'anémie et du statut martial a été réalisée ;
 - % des patients EDS anémiés pour lesquels une action correctrice pré opératoire a été mise en place.
 - Ces indicateurs reposent pour partie sur des informations disponibles uniquement dans les dossiers médicaux. La phase d'apprentissage permettra le recueil de ces informations, les simulations des résultats et la validation des indicateurs au regard de leur faisabilité, qualité métrologique et pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins. Ces travaux seront réalisés avec l'appui de la HAS.

Relatifs à l'expérience et au retour des patients

- Indicateur de mesure de l'expérience du patient (PREMS) :

Ce questionnaire générique dédié à l'expérimentation, disponible dans le kit d'information et d'accompagnement, est en cours de développement par la HAS. Le questionnaire sera applicable en 2 temps (après la sortie du séjour index et à la fin de l'épisode) par voie électronique (ou papier) et anonymement.

Il donnera lieu à l'établissement d'un score par patient, puis agrégé par projet.

La phase I d'apprentissage a pour objectif de tester ce questionnaire sur un nombre important de patients. Un échange intermédiaire sera organisé avec les professionnels expérimentateurs et des patients afin d'échanger sur les retours et propositions d'aménagements (dont certaines ont déjà été proposées) et celles qui pourront émerger des premiers tests, afin de procéder aux éventuels ajustements nécessaires.

Après validation les résultats du questionnaire seront intégrés dans le calcul du score de qualité lors de la phase 2 de l'expérimentation

- Questionnaire qualité de vie (PROMS) :

Concernant les indicateurs génériques ou spécifiques PROMS, un consensus s'est établi pour une utilisation par les porteurs de projets sur la base du volontariat, et non pour une utilisation généralisée dès le lancement de l'expérimentation.

Le questionnaire générique EQ-5D-5L développé par EuroQuol est retenu pour cette expérimentation ainsi que le questionnaire spécifique d'évaluation fonctionnelle de la hanche-HOOS-PS.

L'objectif sera d'en tester la faisabilité et la pertinence dans l'épisode de soins dans le cadre d'une démarche visant à améliorer localement les pratiques de prises en charge, et non pour comparer les porteurs de projets entre eux.

Ainsi, les porteurs de projets qui le souhaitent sont invités à tester ce questionnaire selon une démarche proposée par la HAS, afin notamment de pouvoir disposer localement d'un retour sur leurs pratiques. **La réalisation de cette démarche, et non son résultat, sera prise en compte dans le score qualité.**

Les questionnaires patients sont disponibles dans le [kit d'information et d'accompagnement](#). La notice d'administration des questionnaires sera remise aux participants de l'expérimentation

Relatifs au recueil de données

- Taux d'exhaustivité de collecte des données identifiées pour calculer les indicateurs de l'expérimentation.

La liste des données concernées par cet indicateur est disponible dans le kit d'information et d'accompagnement.

L'ensemble de ces indicateurs (faisabilité de collecte, qualité métrologique) seront étudiés durant la phase d'apprentissage et pourront faire l'objet d'ajustements. De plus, au regard des retours observés au cours de l'expérimentation, cette liste pourra faire l'objet de travaux complémentaires ultérieurs pendant l'expérimentation.

Les fiches d'indicateurs précisant la définition, les objectifs associés et le cas échéant, la valeur de référence et le seuil sont disponibles dans le [kit d'information et d'accompagnement](#).

Principes de calcul du score qualité par expérimentateur

Le **score qualité**, calculé sur 100 points, prend en compte les résultats de différents indicateurs retenus à cet effet.

Pour chaque indicateur, sont considérés et pris en compte pour définir sa note :

- Une pondération : poids dans le calcul du score ;
- Un nombre de points atteint en fonction des résultats obtenus :
 - Une valeur de référence ;
 - Un seuil intermédiaire lorsque pertinent ;
 - Une évolution par rapport à n-1 pour les indicateurs n'ayant pas atteint le seuil intermédiaire.

Le score qualité pour chaque expérimentateur est ensuite calculé selon la formule :

$$\text{Score qualité} = \sum (\text{points} * \text{pondération})$$

Le détail du calcul est présenté en [ANNEXE 4 – Calcul du score qualité](#).

12.4 Résultat financier global et règles de redistribution / récupération

Dans le cadre du modèle de financement rétrospectif **une consolidation est réalisée à échéances fixes** qui permet de calculer pour chaque porteur de projet, **hors épisodes exclus**, la somme des écarts au titre des résultats économiques (Dépenses théoriques - Dépenses observées) et qualité (Montant qualité - contribution théorique qualité)

Ce résultat global peut être positif, on parle alors de Bonus, ou négatif on parle alors de Malus.

Le partage des risques est encadré par les règles suivantes :

- Plafonnement des malus (pertes) à 3% de la dépense observée ;
- Plafonnement des bonus (gains) à 10% de la dépense observée.

L'incitation à la qualité souhaitée dans le cadre de l'expérimentation a conduit à conditionner, dans le modèle rétrospectif, la gestion des résultats financiers qu'ils soient positifs ou négatifs, aux résultats qualité obtenus.

Une redistribution de toute ou partie du résultat est possible sous deux conditions :

- Le résultat financier global est positif;
- Le score qualité est supérieur ou égal à 50.

Si ces deux conditions ne sont pas remplies, aucune redistribution n'a lieu.

Une récupération auprès des acteurs de toute ou partie du résultat est prévue à partir de la 3^e année de la phase rétrospective uniquement. **Cette récupération est possible sous deux conditions :**

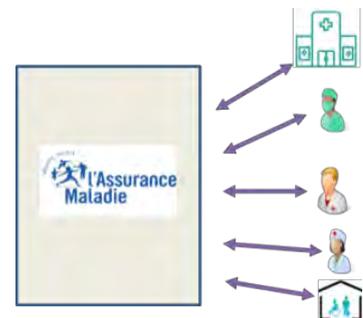
- Le résultat financier global est négatif;
- Le score qualité est inférieur à 50.

Aucune récupération n'a lieu en cas de score qualité supérieur ou égal à 50.

La valeur du seuil, estimée à 50, pourra être ajustée en fonction des résultats des simulations du score qualité réalisées durant la phase d'apprentissage ou de la phase 2- dite rétrospective.

12.5 Trajectoire de redistribution des bonus et récupération des malus

Conscient de la nécessité de proposer une approche évolutive permettant à chaque participant de se positionner et de mettre en place les organisations souhaitées les plus adaptées, **les deux premières années de financement rétrospectif s'attacheront uniquement à réallouer aux expérimentateurs les résultats financiers positifs (BONUS).**



Les **résultats négatifs seront neutralisés** et aucun montant ne sera récupéré auprès des expérimentateurs durant cette période.

A partir de la 3^{ème} année de financement rétrospectif, un partage mutuel des risques financiers sera progressivement mis en place entre les participants à l'expérimentation et l'Assurance Maladie, selon la trajectoire suivante :

		Financement rétrospectif						
		Apprentissage	Année 2		Année 3	Année 4		Année 5
Montant positif / Bonus REDISTRIBUTION		X	x	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
			50%		50%	50%	60%	70%
Montant négatif / Malus RECUPERATION		X	x	NON	NON	NON	OUI	OUI
						20%	30%	

12.6 Les règles de répartition des résultats financiers

Dans le cadre du modèle de financement rétrospectif, **l'Assurance Maladie reste responsable de la gestion financière des montants positifs et négatifs**, s'appuyant ainsi sur sa connaissance et sa maîtrise à gérer les flux financiers entre les acteurs de l'offre de soins.

Cependant, au cours de l'expérimentation, et notamment en prévision du mode de financement prospectif, des travaux devront être menés pour définir, évaluer la faisabilité et anticiper une évolution vers une gestion des flux financiers par les acteurs de l'offre de soins.

Le principe de répartition des résultats financiers entre les professionnels/établissements mobilisés dans l'épisode de soins constitue un prérequis dans le cadre de l'expérimentation.

Ne seront concernés par ces flux financiers que les professionnels/établissements pris en compte dans l'épisode de soins (cf. [Evènements de soins et dépenses pris en compte dans l'épisode de soins](#)) et identifiés dans les bases de données de l'Assurance Maladie.

Les établissements de santé de référence, porteurs du projet, sont responsables de la bonne gestion du projet et de la mise en œuvre coordonnée des organisations autour des épisodes de soins.

En tant que porteur du projet d'expérimentation et responsable de la continuité des soins, il est également le principal porteur de risque.

12.6.1 Principe de répartition des bonus

La répartition des résultats doit s'inscrire en cohérence avec la responsabilité engagée par les professionnels dans la prise en charge de cet épisode de soins ;

L'établissement de santé en charge de l'intervention chirurgicale initiale est le principal responsable / porteur de risque de la prise en charge ;

Au regard du périmètre intra et extra hospitalier de l'épisode de soins, une part des résultats positifs devra être réallouée en dehors de l'établissement de santé MCO ayant réalisé l'intervention chirurgicale, auprès des structures SSR, HAD, infirmiers de ville, masseurs kinésithérapeutes ou médecins MPR mobilisés ;

La règle nationale déterminant le pourcentage minimal de redistribution du bonus en dehors de l'établissement de santé porteur de projet sera fixée à l'issue de la phase d'apprentissage sur la base des résultats des simulations et travaux complémentaires qui seront menés

Dans le respect de cette règle nationale à venir, les acteurs de l'expérimentation qui le souhaitent pourront proposer les règles de répartition locales les plus adaptées à leurs spécificités organisationnelles et territoriales :

Ces règles seront à transmettre à l'Assurance Maladie afin de pouvoir être prises en compte dans les flux financiers mis en place.

12.6.2 Principe de récupération des malus

La règle fixée par le présent cahier des charges est de ne pas faire porter cette éventuelle charge sur les acteurs extérieurs à l'établissement MCO porteur du projet (ville, SSR, HAD) dans le cadre de l'expérimentation ; et d'appuyer ainsi le déploiement d'organisations et de relations entre professionnels indispensables pour favoriser la coordination et la bonne réalisation des épisodes de soins.

Le malus éventuel restera donc intégralement à la charge de l'établissement de santé porteur de projet

Une convention signée entre les participants à l'expérimentation et la CPAM du territoire concerné formalisera le circuit de financement et précisera les engagements des différentes parties dans le cadre de l'expérimentation.

12.7 Le besoin de financement

Le financement de l'expérimentation est assuré par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS).

Des crédits d'amorçage seront versés aux participants à l'expérimentation en 2019 pour la vague 1 et en 2020 pour la vague 2.

Pour les participants de la vague 1, une simulation des résultats globaux réalisée à partir de la méthodologie décrite dans le présent cahier des charges, hors impact de la mesure RAAC qui fera l'objet d'un ajustement à l'issue de la phase d'apprentissage, permet d'estimer le **besoin de financement total pour les deux prises en charge en chirurgie orthopédique (PTH et PTG) à hauteur de 18,6 M d'euros**.

Ce montant serait porté à 33,6 M d'euros avec l'intégration en 2020 des nouveaux participants de la vague 2 sous l'hypothèse d'une dizaine d'établissements porteurs de projet additionnels, soit environ :

- **2, 5 M d'euros au titre des crédits d'amorçage**, la première moitié versée en 2019 au participants de la vague 1, et l'autre moitié en 2020 en intégrant les participants attendus de la vague 2.
- **31,1 M d'euros pour la gestion des résultats économiques et de qualité, dont 17,4 M d'euros pour les participants de la vague 1, et 13,3 M d'euros pour les participants attendus de la vague 2**. La redistribution des résultats positifs et des résultats qualité débutera à l'issue de la phase d'apprentissage.

Ainsi, le besoin de financement annuel serait d'environ **1,3 M d'euros pour 2019, 1,3 M d'euros pour 2020, 7,3 M d'euros pour 2021, 9,9 M d'euros pour 2022, 10,5 M d'euros pour 2023 et 3,3 M d'euros pour le premier trimestre 2024**.

13 Suivi et évaluation du modèle de financement et de son impact sur la qualité, pertinence, sécurité et efficience des soins

L'amélioration de la qualité, de la pertinence, de la sécurité et de l'efficience des soins sont les principaux objectifs poursuivis par cette expérimentation.

Afin de suivre l'atteinte de ces objectifs, des indicateurs de processus, de moyens et de résultats ont été définis conjointement avec la HAS et les participants à la co-construction de l'expérimentation (Liste en Annexes).

Plusieurs objectifs sont poursuivis par ces indicateurs et notamment :

- Mesurer la qualité et la pertinence de la prise en charge pré / per et post intervention chirurgicale et son évolution ;
- Mesurer l'impact de l'expérimentation sur la prise en charge des patients ;

- Prendre en compte les retours des patients ;
- Contribuer à évaluer la faisabilité et la robustesse d'un financement à l'épisode de soins.

Ces indicateurs peuvent répondre à une ou plusieurs utilisations dans le cadre de l'expérimentation :

- Le suivi de l'expérimentation ;
- L'évaluation de l'expérimentation ;
- Le financement de l'expérimentation.

Ils seront calculés à partir des données et informations disponibles dans le SNDS ou collectées spécifiquement pour l'expérimentation et renseignées [dans la plate-forme Article 51](#).

Les fiches indicateurs précisant la définition, les objectifs associés et le cas échéant, la valeur de référence et le seuil sont disponibles dans [le kit d'information et d'accompagnement](#).

La phase d'apprentissage devra permettre d'affiner leur définition et modalités de calcul, de tester la faisabilité de collecte et d'analyse, de simuler les premiers résultats et d'en évaluer la pertinence et robustesse pour pouvoir les valider dans l'expérimentation.

14 Modalités de financement et d'accompagnement

Afin d'accompagner les candidats retenus à mettre en œuvre leur projet, les changements organisationnels associés, et pour préparer la réussite de l'expérimentation, **des crédits d'amorçage seront versés aux participants de l'expérimentation durant la phase d'apprentissage**.

Ils seront versés en deux temps : 50% au lancement de l'expérimentation et 50% à 6 mois.

Ces crédits d'amorçage poursuivent plusieurs objectifs :

- Permettre l'information, la communication et la formation des différentes parties prenantes et les fédérer autour de l'expérimentation ;
- Accompagner les acteurs dans la mise en place de l'expérimentation et notamment dans la structuration du projet et de son organisation, dans l'acculturation aux outils et à la mise en place de la collecte et de l'analyse des données pour l'expérimentation ;
- Soutenir les participants dans leurs changements organisationnels, dans la prise en charge des patients, notamment pour aider à la mise en place d'une coordination de la prise en charge et aux procédures de RAAC.

Le montant des crédits d'amorçage a été estimé à partir de ces besoins. Il s'agit d'un montant forfaitaire composé d'une part fixe et d'une part variable

- La part fixe s'élève à 30 000 euros par candidature AMI ;

- La part variable est fonction de l'activité moyenne annuelle sur la période 2016-2017. Six classes d'activité ont été retenues (<250 patients / 250-500 patients / 500-750 patients / 750-1000 patients / 1000-1500 patients / >1500 patients), et 50% de l'activité prise en compte pour la valorisation.

Pour les candidats participant également à l'expérimentation pour les prises en charge en chirurgie viscérale et digestive le montant total du crédit d'amorçage par candidature est calculé de la manière suivante :

- Une seule part fixe, mais majorée de 25% ;
- La part variable est calculée séparément pour chaque EDS en fonction de l'activité moyenne annuelle sur la période 2016-2017 (avec des classes d'activité et 50% de l'activité prise en compte pour la valorisation).

En complément, un accompagnement national porté par l'équipe projet nationale (Cnam / DGOS et l'ANAP) et local (ARS et représentants de l'Assurance maladie) est proposé pour soutenir les porteurs de projets dans la mise en œuvre de leur expérimentation.

Il vise à sécuriser le projet d'expérimentation des participants et la trajectoire de mise en œuvre envisagée, d'apporter les supports nationaux facilitant et d'assurer la cohérence et la diffusion d'information entre tous les participants afin de permettre les partages de bonnes pratiques, les échanges opérationnels et la diffusion d'information entre tous, avec l'appui de l'ANAP.

- Des sessions collectives d'appui, d'échanges et de retours d'expérience seront organisées régulièrement (environ 1 par trimestre) ;
- Des sessions individuelles pourront être organisées sur la base des retours observés et si besoin à la demande des porteurs de projets ;
- La disponibilité d'un espace de partage de documents entre les acteurs ;
- Une boîte email générique episodedesoins@sante.gouv.fr dédiée pour permettre à chacun de poser des questions sur le projet et soulever les points nécessitant attention.

Afin de faciliter la mise en œuvre opérationnelle de l'expérimentation, des supports type seront mis à disposition des participants au lancement de l'expérimentation (cf. [Kit d'information et d'accompagnement](#)).

La phase d'apprentissage devra également permettre de faire émerger les supports génériques nationaux qui pourraient être nécessaires de mettre à disposition des expérimentateurs.

15 Les besoins en système d'information

15.1 Services numériques destinés à faciliter les prises en charge coordonnées et dossier patient

Afin de mettre en œuvre l'expérimentation, les participants à l'expérimentation ont besoin de partager et échanges des informations entre professionnels de santé autour de la prise en charge coordonnée de leurs patients EDS. Aussi, le participant à l'expérimentation devra s'assurer de la possibilité de **partager et d'échanger des informations de manière dématérialisée autour du patient** dans le respect des obligations relatives à la protection des données personnelles, **en s'appuyant notamment sur les services existants de la e-santé tels que le dossier médical partagé (DMP), la messagerie sécurisée de santé (MSSanté) et Viatrajectoire.**

Pour les participants ne disposant pas d'outils numériques permettant de partager et échanger des informations autour des patients et de leur prise en charge il sera invité à s'outiller via **la stratégie régionale e-santé de mise en œuvre des services numériques de coordination**⁹, déployés par l'ARS et sa maîtrise d'ouvrage régionale e-santé, le GRADeS¹⁰.

Ceci permettra au groupement de bénéficier de services numériques de coordination compatibles et interopérables avec ceux déployés régionalement, notamment au niveau des dispositifs d'appui aux parcours complexes, et conformes au cadre national d'urbanisation des SI de santé porté par la Direction à la Transformation Numérique en Santé (DTNS). Ainsi, les solutions déployées par l'ARS et le GRADeS respectent notamment le cadre réglementaire de sécurité des données de santé (RGPD) et la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) qui fixe le cadre de la sécurisation du numérique en santé ; elles s'appuient par ailleurs sur le cadre d'interopérabilité des SI de santé.

Les outils informatiques devront permettre à terme d'assurer la collecte des données structurées nécessaires au déroulement et à l'évaluation de l'expérimentation.

Les calculs réalisés pour prédire les parcours attendus des patients et les montants forfaitaires associés et pour suivre et évaluer la qualité des prises en charge et de l'expérimentation s'appuient sur des données disponibles dans le SNDS, mais également sur des données renseignées dans les logiciels informatiques des établissements et professionnels de santé. Par ailleurs, certaines données aujourd'hui non renseignées feront l'objet d'une collecte spécifique pour l'expérimentation. Ces données, présentées dans le kit d'information et d'accompagnement, devront faire l'objet d'une attention particulière dans leur structuration et collecte afin d'assurer leur qualité et mobilisation pour l'expérimentation.

⁹ Une description de ces services est réalisée en annexe 7.

¹⁰ Le GRADeS est le Groupement Régional d'Appui à la e-Santé ; l'ARS lui confie la mise en œuvre de la stratégie régionale e-santé, à l'appui des professionnels et structures des secteurs sanitaire, médicosocial et du social en tant que de besoin, conformément à l'instruction N°SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation pour la mise en œuvre de la stratégie e-santé en région.

15.2 Articulation avec la plateforme Art 51 développée par l'Assurance Maladie

Une plate-forme dédiée aux innovations portées dans le cadre de l'Article 51 est déployée par l'Assurance Maladie.

Elle a pour but la mise en œuvre des rémunérations dérogatoires associées aux expérimentations de l'article 51, de collecter les données nécessaires à leurs évaluations ainsi que d'en assurer le pilotage et le suivi.

Dans le cadre de l'expérimentation du paiement à l'épisode de soins, elle permettra :

- Le référencement et suivi des participants à l'expérimentation (structures et praticiens) et des patients inclus dans l'expérimentation (nombre de patients, état de l'épisode de soins...);
- La collecte des données nécessaires au financement, au suivi et à l'évaluation de l'expérimentation auprès des expérimentateurs et des patients avec l'administration de questionnaires à son attention ;
- Le reporting relatif à l'expérimentation pour les participants, à un niveau agrégé de résultats (suivi et évolution des indicateurs d'activité dans l'expérimentation, de qualité, pertinence et sécurité des soins, des retours patients et des résultats financiers) ;
- Le calcul des rémunérations, paiement et contrôles associés par l'Assurance Maladie et les CPAM.

Afin de limiter au maximum la charge administrative pour les acteurs (et notamment la double saisie d'informations), l'Assurance Maladie proposera un cadre d'interopérabilité afin de permettre des exports facilités de données à partir des systèmes d'information des participants à l'Assurance Maladie.

Pour rappel, cette plate-forme n'est pas un dossier médical patient ou un dossier de coordination pour le parcours de soins qui pourront être proposés par ailleurs par les participants de l'expérimentation. Les traitements de données nécessaires à la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des patients restent de la responsabilité des acteurs conformément aux principes issus du règlement général sur la protection des données et de la loi dite informatique et libertés.

16 Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

Une évaluation systématique des projets d'expérimentation entrant dans le dispositif article 51 est prévue par la loi. S'agissant de l'évaluation de l'expérimentation du paiement à l'épisode de soins, celle-ci sera nationale et sera réalisée durant toute la durée de l'expérimentation par un évaluateur indépendant, sélectionné à l'issue d'un appel d'offres.

L'évaluation doit permettre d'évaluer le modèle de prise en charge proposé sur les plans médical, organisationnel et économique.

En cohérence avec les grands objectifs qui lui ont été assignés l'évaluation aura pour ambition principale :

- Evaluer le caractère incitatif de ce type de financement, sur la qualité du service rendu au patient, sur les résultats de soins, sur l'efficacité des prises en charge et sur le développement de coopérations et d'organisations innovantes entre les acteurs ;
- Vérifier la faisabilité technique et opérationnelle du modèle de paiement forfaitaire;
- Donner les arguments permettant de se prononcer sur l'intérêt d'une généralisation de ce mode de paiement à une échelle géographique plus large, voire à d'autres processus de soins, et les modalités et conditions associées à ce déploiement.

Une attention particulière sera portée à :

- Qualifier les moyens mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation ;
- Identifier et décrire les organisations mises en place et le contexte dans lequel elles s'inscrivent ;
- Suivre et évaluer les effets non prévus ou effets de bord (déport des épisodes de soins, ...), qu'ils soient positifs ou négatifs, avec notamment un éventuel impact de l'expérimentation en termes de sélection adverse des patients, effets de spécialisation des établissements.

L'évaluation se structurera autour :

- **D'une démarche qualitative** (études de cas détaillées, questionnaires et retours d'expérience des professionnels de santé, focus groups, workshops...);
- **D'une démarche quantitative** reposant sur l'analyse de données issues du Système National des Données de Santé (SNDS) ou de la Plateforme de facturation mise en place pour l'article 51.

Un protocole d'évaluation détaillé sera proposé par l'évaluateur sélectionné à l'issue de l'appel d'offre.

L'évaluation du projet fera l'objet d'une communication régulière des résultats avec les participants de l'expérimentation.

17 Nature des informations recueillies sur les patients dans le cadre de l'expérimentation et modalités selon lesquelles elles seront recueillies, utilisées et conservées

Le projet nécessite-t-il des données spécifiques auprès des patients ? Comment sont-elles recueillies et stockées ?

Le suivi de certains indicateurs nécessitera un recueil ad hoc par les acteurs de l'expérimentation au sein de leurs systèmes d'information (cf. fichier des données à collecter). Les équipes soignantes restent alors responsables du traitement de ces données et de l'éventuel recueil du consentement du patient dans ce cadre.

Dans le cadre de l'expérimentation, un questionnaire spécifique portant sur l'expérience du patient dans le cadre de l'épisode de soins sera administré aux patients.

Pour ce faire, les adresses électroniques des patients de l'expérimentation, lorsque disponibles, seront recueillies par les professionnels puis adressées à la plate-forme Article 51.

Dans les conditions d'administration prévues par la HAS, le questionnaire sera ensuite adressé aux patients. Un lien leur sera adressé via leur adresse électronique les invitant à renseigner le questionnaire.

L'administration du questionnaire et le recueil des réponses seront assurés par la plate-forme.

L'expérimentation prévoit également l'administration d'un questionnaire de qualité de vie (EQ 5D 5L) et d'un questionnaire d'évaluation fonctionnelle (KOOS-PS) auprès des patients, en amont et à la suite de l'intervention chirurgicale.

Tout comme le questionnaire d'expérience patient, ces derniers pourront être administrés via la plate-forme Article 51. Les réponses, recueillies par la plate-forme, seront mises à disposition des participants de l'expérimentation pour participer à l'amélioration de la prise en charge des patients.

Dans le cas où les questionnaires seraient renseignés au format papier par les expérimentateurs, les résultats seront ensuite transférés à la plate-forme.

L'obligation d'information préalable des patients sur l'ensemble des finalités pour lesquelles les données sont traitées devra, dans tous les cas, être respectée.

Les données ont-elles vocation à être partagées avec d'autres professionnels ou structures que celui qui a recueilli la donnée, selon quelles modalités ?

Les données recueillies par les participants à l'expérimentation seront transmises à partir de leurs systèmes d'information dans le respect des règles de sécurité et de confidentialité des données.

Durant la phase d'apprentissage test, les questionnaires patients reçus feront l'objet d'une analyse spécifique par la Haute Autorité de Santé. Sur cette base, et comme indiqué précédemment ([Relatifs à l'expérience et au retour des patients](#)), un groupe de travail intermédiaire est prévu pour échanger avec les expérimentateurs, les patients et la HAS sur les modifications à apporter – l'objectif final étant la validation du questionnaire à l'issue de cette phase d'apprentissage.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie partagera avec les professionnels concernés par l'expérimentation des données agrégées concernant les résultats financiers et qualité de l'expérimentation. Ces restitutions anonymes et agrégées feront également l'objet de présentations institutions pilotes du projet.

Les modalités de recueil du consentement du patient à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données ainsi recueillies doivent être, le cas échéant, précisées.

Le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le patient est informé de l'existence de l'expérimentation et du partage éventuel des données le concernant entre les acteurs de l'expérimentation, concourant à sa prise en charge. Sur ce partage de données, l'absence d'opposition (exprimée par tout moyen y compris sous forme dématérialisée) du patient dûment informé vaudra consentement. Dès lors, il convient seulement que soit tracé le fait que le patient a bien reçu l'information.

L'information du patient de l'expérimentation est initiée au moment de la consultation avec le chirurgien et complétée par la suite si nécessaire lors des échanges entre le patient et l'infirmier de coordination, lors de la phase pré-opératoire. Une note d'information patient lui sera remise lors de

ces échanges. Une proposition est mise à disposition des expérimentateurs [dans le kit d'information et d'accompagnement](#).

Par ailleurs, un courrier électronique informera les patients concernant la collecte, le stockage, le partage et l'utilisation des données recueillies dans le cadre de sa réponse au questionnaire expérience patient.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite loi « informatique et libertés »), l'Assurance Maladie est responsable du traitement des données pour la gestion de l'expérimentation sur la plateforme, et co-responsable avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des données d'évaluation, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité et la confidentialité des données personnelles qui seront collectées dans le cadre de cette expérimentation.

La loi protège le caractère privé et la sécurité des informations concernant la santé. Seuls les établissements de santé et professionnels de santé travaillant ensemble à la prise en charge thérapeutique des patients auront la possibilité de lire et partager les informations concernant les dossiers médicaux afin d'améliorer les parcours de soins.

Les patients ont la possibilité de s'opposer, par tout moyen, y compris dématérialisé (courrier, message électronique), au partage d'information[s] entre les professionnels participant à l'expérimentation ou à des fins d'évaluation.

18 Liens d'intérêts

Dans le cadre du projet d'expérimentation Paiement à l'épisode de soins, et au regard de son périmètre, il n'est pas demandé aux professionnels, organismes ou structures participant aux projets d'expérimentation de remettre à l'ARS une déclaration d'intérêt au titre des liens directs ou indirects (au cours des cinq années précédant l'expérimentation) avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.

19 Éléments bibliographiques d'expériences étrangères

- Hospinomics (2017), [Revue de littérature en vue de l'expérimentation d'un nouveau mode de tarification à l'hôpital : le paiement à l'épisode de soins](#)
- Karolinska Institutet (2017), Effects of introducing bundled payment and patients' choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm county
- Institut C.D. Howe (2017), Integrated Funding : Connecting the Silos for the Healthcare We Need
- Lewin Group (2017), [CMS Bundled Payments for Care Improvement Initiative Models 24 : Year 3 Evaluation & Monitoring Annual Report](#)

- Lewin Group (2018), [CMS Bundled Payments for Care Improvement Initiative Models 24 : Year 4 Evaluation & Monitoring Annual Report](#)
- Lewin Group (2018), [CMS Bundled Payments for Care Improvement Initiative Models 24 : Year 5 Evaluation & Monitoring Annual Report](#)
- Lewin Group (2018), [CMS Bundled Payments for Joint Replacement Model : Performance Year 1 Evaluation Report](#)
- OECD (2016), [BetterWays to Pay for Health Care](#)
- University of Toronto (2015), Bundling Care and Payment : Evidence From Early-Adopters
- National Institute for Public Health and the Environment (2012), Three years of bundle payment for diabetes care in the Netherlands

20 Liste des annexes et documents mis à disposition des participants à l'expérimentation

20.1 Liste des annexes

1. Appel à projets
2. Calcul du score qualité
3. Liste des indicateurs mobilisés pour le suivi, l'évaluation et / ou le financement

20.2 Kit d'information et d'accompagnement

- Dépliant de présentation du projet EDS
- Présentation du projet d'expérimentation
- Feuille de route projet
- Note méthodologique du forfait
- Critères de sélection des séjours index et liste de caractéristiques patients
- Liste des séjours MCO, SSR et HAD considérés comme en lien avec l'épisode de soins
- Note d'information patient
- Présentation des indicateurs
- Questionnaire d'expérience patient Episode de soins
- Questionnaire de qualité de vie proposé dans le cadre d'EDS
- Notice d'utilisation des questionnaires patients remis aux participants de l'expérimentation
- Liste des données mobilisées dans le cadre de l'expérimentation

21 ANNEXES

21.1 ANNEXE 1 – Appel à projets

L'appel à projets est disponible en annexe de l'arrêté ministériel autorisant l'expérimentation ainsi que sur les sites internet du ministère des solidarités et de la santé, et de l'Assurance maladie.

21.2 ANNEXE 2 – Calcul du score qualité

21.2.1 Pondération des indicateurs dans le score qualité

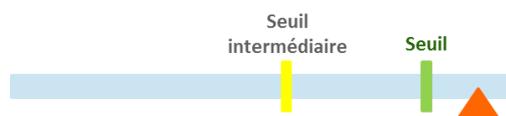
	1 ^{ère} année expé (Phase apprentissage)	Poids des indicateurs 2 ^{ème} année expé.	Poids des indicateurs 3 ^{ème} année expé. (indicatif)	Poids des indicateurs 4 ^{ème} année expé. (indicatif)	
ETE ORTHO (HAS)	Test et validation des indicateurs, simulations	25	20	20	
ISO ORTHO (HAS)		25	20	20	
PREMs : Taux de collecte des mails Score PREMs		15 0	5 5	0 10	
PROMs : EQ-5D-5L et HOOS PS Taux d'administration		15	10	5	
Taux d'exhaustivité dans la complétude des données		20	10	5	
Dépistage et prise en charge anémie		0	10	15	
Dépistage et prise en charge nutrition		0	10	15	
TOTAL SCORE QUALITE			100	100	100

21.2.2 Calcul des points pour chaque indicateur

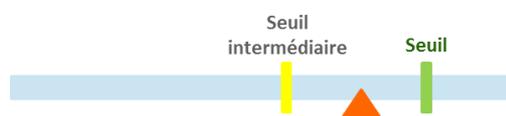
Pour chaque indicateur, une note est calculée en fonction de la valeur en année N, de la valeur en année N-1, d'un seuil intermédiaire et d'une valeur de référence.

Cela permet une prise en compte à la fois de la position et de l'évolution par rapport à l'année N-1.

% des points pour chaque indicateur en fonction de la valeur observée



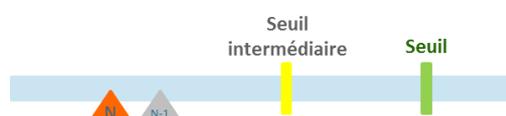
Valeur en année N \geq au seuil de référence
100% des points



Valeur en année N \geq au seuil intermédiaire et $<$ au seuil de référence
Entre 50 et 90% des points en fonction de la valeur



Valeur en année N $<$ au seuil intermédiaire et amélioration vs n-1
Entre 0 et 40% des points en fonction de la valeur



Valeur en année N $<$ au seuil intermédiaire et détérioration vs n-1
0% des points

21.3 ANNEXE 3 – Liste des indicateurs mobilisés pour le suivi, l'évaluation et / ou le financement

Intitulé	Nature	Objectifs	Utilisation dans l'expérimentation
% des patients EDS pour lesquels une évaluation pré opératoire du statut nutritionnel a été réalisée	Processus	Qualité de la prise en charge pré opératoire et action en vue de faciliter la récupération	Suivi / Evaluation Financement 2 nd temps
% des patients EDS dénutris pour lesquels une action correctrice pré opératoire a été mise en place	Processus		
% des patients EDS pour lesquels une évaluation pré opératoire de l'anémie et du statut martial a été réalisée	Processus		
% des patients EDS anémiés pour lesquels une actions correctrice pré opératoire a été mise en place	Processus		
Profil de risque des patients en entrée	Processus	Evolution du case mix durant l'expérimentation	Suivi / Evaluation
Nb moyen d'actes paramédicaux pré séjour index 3 indicateurs à décliner pour Infirmier d'état, Masseur kiné. Et Médecin physique et réadaptation	Processus	Evolution de la prise en charge pré opératoire du patient	Suivi / Evaluation
Nb moyen d'actes paramédicaux post séjour index (et écart entre prescrit et observé) 3 indicateurs à décliner pour Infirmier d'état, Masseur kiné. Et Médecin physique et réadaptation	Processus	Evolution de la prise en charge pré opératoire du patient et impact de la coordination sur la prise en charge	Suivi / Evaluation
Mode de sortie des patients	Résultat	Suivi du modèle de prédiction des parcours et identification pour étude des écarts	Suivi / Evaluation
Adéquation entre le mode de sortie initial prévu en pré-opératoire et le mode de sortie réalisé	Processus	Suivi de l'impact du séjour initial sur la prise en charge du patient dans l'EDS et test du modèle	Suivi / Evaluation
Part des patients pour lesquels le mode de sortie prescrit lors du séjour Index est conforme au mode de sortie observé dans les 7 jours suivant la sortie du séjour Index	Processus	Tester l'évolution des pratiques, de la coordination et de la pertinence	Suivi / Evaluation
ETE ORTHO ISO ORTHO	Résultat	Suivi de l'impact des pratiques et organisations sur la qualité et la sécurité des soins	Financement Evaluation
% de séjours index avec au moins une complication	Résultat		Financement Evaluation
DMS de l'ensemble des séjours MCO	Résultat	Impact d'EDS sur la prise en charge des patients	Suivi / Evaluation
% de séjours avec au moins une complication médicale en lien avec réhospitalisation	Résultats	Impact sur la qualité et la sécurité des soins	Suivi / Evaluation
% de séjours avec au moins une complication chirurgicale en lien avec réhospitalisation	Résultats		
Questionnaire d'expérience patient EDS (PREMs) : - Année 2 : Taux de collecte des mails patients de l'EDS - Année 3 et suivant : Résultats du PREMs	Résultats	Prise en compte du retour patient et impact d'EDS sur sa perception	Financement Evaluation
PROMs : EQ-5D - % d'administration du questionnaire KOOS PS - % d'administration du questionnaire	Résultats	Prise en compte du ressenti du patient	Suivi Et financement
Année 2 et 3 : Taux d'exhaustivité de collecte des données identifiées pour calculer les indicateurs de l'expérimentation	Activité	Suivi, l'évaluation de l'expérimentation sur la base de données fiables et complètes	Financement
% de patients inclus dans l'expérimentation / % des patients de l'établissement relevant du périmètre EDS	Activité	Suivi de l'activité des porteurs de projet	Suivi
% de patients relevant du mécanisme de sauvegarde	Activité	Suivi des profils atypiques	Suivi
ETP consacré à la coordination Nb d'ETP dédié à la coordination des épisodes de soins / Nb d'épisodes de soins	Ressources	Qualité de la prise en charge globale du patient pré, per et post intervention	Suivi
ETP dédié à la collecte des données pour l'expérimentation EDS	Ressources	Suivi de la charge liée à l'expérimentation	Suivi

21.4 Glossaire

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicaux sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
ASIP Santé	Agence des Systèmes d'Information de santé Partagés
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CCAM	Classification commune des actes médicaux
Cnam	Caisse nationale de l'Assurance Maladie
CNP CVD	Conseil National Professionnel de chirurgie viscérale et digestive
DAS	Diagnostic associé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DR	Diagnostic relié
DMP	Dossier Médical Partagé
EDS	Episode de soins
ES	Etablissement de Santé
GHM/GME	Groupe Homogène de séjour / Groupe médico-économique
GRADEs	Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
INCa	Institut National du Cancer
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MPP / MPA	Modes de prise en charge / Mode de prise en charge associée
MSSanté	Messagerie Sécurisée Santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RAAC	Récupération Améliorée Après Chirurgie
SFAR	Société Française d'anesthésie et de réanimation
SI	Système d'Information
SNIIRAM	le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée