



Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

PRINTEMPS SOCIAL DE L'ÉVALUATION : ÉVALUATION EN CONTINU DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE LES INNOVATIONS RÉCENTES DANS LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Dans le cadre de la stratégie « **Ma Santé 2022** » a été engagée une réflexion sur **la transformation du financement du système de santé**, dans un contexte où les modèles existants apparaissaient trop peu incitatifs – voire désincitatifs – face aux nouveaux enjeux du système de soins, qui supposent de renforcer la prévention, de responsabiliser les acteurs, d'améliorer la qualité des prises en charges et de garantir la pertinence des actes et examens pratiqués.

Plusieurs innovations ont été mises en œuvre. Certaines avaient un caractère pérenne – réformes du financement des urgences, des hôpitaux de proximité, de la psychiatrie, des soins de suite, de la qualité. D'autres ont été menées à titre expérimental dans le but de tester de nouveaux modèles de financement de la santé.

Globalement, ces réformes et expérimentations ont pour objet de **pallier certains dysfonctionnements ou limites de la tarification à l'acte/à l'activité** en s'appuyant sur de nouvelles logiques de tarification parfois inspirées de l'étranger : dotations populationnelles, forfaits incitant à une prise en charge collective et à un meilleur suivi des patients, rémunération à la qualité axée sur les résultats cliniques et la satisfaction des patients...

Alors que le Président de la République a annoncé, dès le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), une réforme visant à sortir de la tarification à l'acte/à l'activité pour **aller vers une « rémunération basée sur des objectifs de santé publique »**, il importe de dresser un premier bilan de mesures introduites lors des dernières lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) qui reposaient sur un financement lié à des objectifs de santé publique.

La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a ainsi chargé la rapporteure générale, Mme Stéphanie Rist, d'évaluer les **articles 51 de la LFSS 2018** (expérimentation de modalités de financement de la santé dérogatoires), **38 de la LFSS 2019** (mise en place d'un financement au forfait pour les pathologies chroniques) et **31 de la LFSS 2020** (réforme du financement des hôpitaux de proximité).

Préalablement à l'audition des administrations centrales en commission, la rapporteure générale a entendu les fédérations d'établissements de santé, les conférences hospitalières, des directeurs généraux d'agence régionale de santé, l'agence technique de l'information de l'hospitalisation, la rapporteure générale de « l'article 51 » et plusieurs acteurs de la mise en œuvre des expérimentations « article 51 » ainsi que du forfait « maladie rénale chronique ».

I. DANS LA PÉRIODE RÉCENTE, LES RÉFORMES DU FINANCEMENT ONT ÉTÉ NOMBREUSES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Si le financement à l'acte ou à l'activité reste dominant pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé, de nombreuses initiatives ont porté sur d'autres pans de l'activité hospitalière. Inspirées des travaux sur la réforme du financement du système de santé ⁽¹⁾, elles ont généralement eu pour objectifs de corriger certaines inégalités entre régions et entre établissements, de corréler les enveloppes à des objectifs de qualité et d'introduire une logique populationnelle fondée sur la réponse aux besoins de santé du territoire.

1. Des réformes du financement nombreuses et irriguées par une logique populationnelle

➤ Le financement des urgences

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a réformé le financement des urgences, auparavant fondé pour partie sur un forfait, le forfait annuel urgences (FAU), calibré sur le nombre de passages au cours de l'année précédente, et pour partie à l'activité (facturation d'un forfait « accueil et traitement des urgences » et des actes non suivis d'hospitalisation pour chaque patient accueilli).

Le nouveau modèle repose sur trois compartiments :

– une **dotation populationnelle** visant à améliorer l'équité du financement entre régions et à prendre en compte les différences des besoins des populations (58 % du financement) ;

– des **forfaits liés à l'activité** de la structure d'urgence (40 %) ;

– et une **dotation complémentaire qualité** déterminée en fonction de critères propres aux structures d'urgence.

Ce modèle a fait l'objet d'une mise en œuvre échelonnée entre 2021 et 2023. Il est actuellement pleinement applicable.

➤ Le financement des hôpitaux de proximité

La catégorie des « hôpitaux de proximité » est apparue en 2015 dans le code de la santé publique. Elle rassemble les anciens hôpitaux locaux, caractérisés par un volume et une nature d'activités spécifiques et limités. Pour ces hôpitaux, l'entrée dans le droit commun de la tarification à l'activité aurait engendré des pertes de recettes très importantes. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 avait donc prévu un mode de financement mixte associant tarification à l'activité et dotation forfaitaire.

Ce modèle a été profondément réformé par l'article 35 de la loi dite OTSS ⁽²⁾ du 24 juillet 2019. Ces hôpitaux se voient désormais définis non par un volume d'activité mais par des missions, impliquant un fonctionnement intriqué avec la médecine de ville. Des modalités de

(1) « Réforme des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné », rapport de la task force « Réforme du financement du système de santé », janvier 2019.

(2) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

financement adaptées ont été définies à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽¹⁾.

Une **garantie pluriannuelle de financement** sécurise désormais les recettes de l'activité de médecine pour une durée de trois ans ; elle peut être assortie d'un **complément de financement**, si le montant correspondant aux données issues de l'activité de l'établissement est supérieur à celui de la dotation garantie.

En outre, une **dotation de responsabilité territoriale** finance les missions exercées en relation avec les acteurs du territoire. Outre l'indemnité versée aux praticiens libéraux intervenant au sein de l'hôpital, cette dotation contribue à différentes charges liées à la mise en place et au fonctionnement des consultations de spécialités, au développement ou au maintien des plateaux techniques d'imagerie ou de biologie, à l'achat des outils de télésanté et à leurs coûts de fonctionnement. Son montant est également fixé pour trois ans. Il comprend une part fixe, identique pour tous les hôpitaux de proximité (75 000 euros actuellement), et une part variable, déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) en fonction de l'exercice, par l'établissement, de missions et d'activités obligatoires.

En décembre 2022, 276 établissements avaient été labellisés « hôpital de proximité » ⁽²⁾. Des dispositions dérogatoires ont été prévues pour leur financement en 2022 afin de tenir compte des conséquences de la crise sanitaire. L'application pleine et entière du nouveau modèle a ainsi vocation à se déployer à compter de 2023.

➤ Le financement de la psychiatrie

Historiquement, le secteur de la psychiatrie se caractérisait par des modalités de financement distinctes selon les catégories d'établissements. Les hôpitaux et la majeure partie des établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) recevaient une dotation globale (DG) tandis que les cliniques et quelques ESPIC sous objectif quantifié national (OQN) connaissaient un financement à l'activité principalement fondé sur des paiements par journée d'hospitalisation. Cette disparité se traduisait par des dynamiques d'activité contrastées : le secteur « DG » était pénalisé par le développement de son activité tandis que les établissements du secteur « OQN » étaient incités à multiplier les journées d'hospitalisation.

Pour harmoniser ces financements, réduire les inégalités territoriales qui en résultaient et favoriser la transformation de la psychiatrie, l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a proposé un nouveau modèle assis sur huit compartiments distincts :

– une **dotation populationnelle** destinée à corriger les inégalités territoriales et à asseoir le principe d'une responsabilité territoriale des établissements ;

– une **dotation à la file active** pour valoriser l'activité des établissements, avec un tarif dégressif suivant le nombre de journées d'hospitalisation afin d'inciter à une prise en charge ambulatoire ;

– un **compartiment « activités spécifiques »** (2 %) pour certaines activités à portée supra-régionale ;

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(2) 235 hôpitaux publics, 35 établissements privés à but non lucratif et 6 cliniques privées.

– plusieurs compartiments de **financements ciblés** (<1 %) pour le soutien à la recherche ou encore aux activités innovantes...

– un **financement à la qualité** (<1 %) à travers l’extension à la psychiatrie du dispositif lfaq et la création d’un compartiment dédié au financement de la qualité du codage.

Si cette réforme est entrée en application à compter du 1^{er} janvier 2022, l’année 2022 a fait l’objet de dispositions transitoires spécifiques. Un déploiement **progressif** des mesures est planifié du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2025. Sur cette période, le montant annuel cumulé des dotations ne pourra être inférieur au montant perçu par les établissements l’année précédente.

➤ Le financement des soins de suite et de réadaptation

Historiquement, le financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) est, comme pour la psychiatrie, distinct selon les secteurs. Les établissements privés sous OQN (objectif quantifié national) sont financés par des prix de journée et autres suppléments qui présentent un caractère inflationniste et ne traduisent ni la variété ni la lourdeur des prises en charge. Quant aux établissements sous dotation annuelle de financement (DAF), leur financement sous forme de dotation complique le développement de l’activité et ne permet pas d’accompagner l’évolution nécessaire des prises en charge, dans leurs modalités organisationnelles comme dans leur intensité.

Cette dichotomie s’est traduite par des inégalités de répartition des ressources budgétaires, tant entre régions qu’entre établissements. La différenciation des modes de financement a également induit des modes de spécialisation d’activités différents entre les secteurs d’appartenance des établissements et entre régions.

L’article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ⁽¹⁾ a réformé le modèle de financement des activités de SSR qui repose maintenant sur :

– **une part forfaitaire** (environ 30 à 40 %) dont l’objectif est d’allouer la ressource en fonction des besoins de santé, approchés par les caractéristiques des populations et des territoires, et de sécuriser les établissements en garantissant une base minimale de ressources pluriannuelles ;

– **une part « activité »** (environ 50 %) pour donner à l’établissement des ressources liées à son activité réelle et à la dynamique de celle-ci ;

– un **compartiment « plateaux techniques spécialisés »** (PTS, environ 2 %) compensant une partie des charges induites par l’exploitation de PTS rares et coûteux ;

– un **compartiment « molécules onéreuses »** (MO, environ 1 %) destiné à acquérir certaines molécules inscrites sur une liste limitative afin de permettre aux établissements de dispenser des traitements onéreux ;

(1) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

- un compartiment relatif aux **missions d'intérêt général** (MIG, environ 3 %) dont les établissements de SSR ont spécifiquement la charge ;
- la dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (**Ifaq**) (environ 2 %).

Le calendrier de mise en œuvre de la réforme du financement du SSR a été progressif. Il a aussi fait l'objet de reports successifs. La montée en charge du nouveau modèle est désormais prévue à compter du 1^{er} juillet 2023. Entre-temps, les soins de suite et de réadaptation sont devenus, en 2022, les soins médicaux de réadaptation (SMR).

➤ Le financement à la qualité (Ifaq)

Depuis 2016, les établissements de santé peuvent bénéficier, en fonction des résultats obtenus selon des indicateurs de mesures de la qualité et de la sécurité des soins, d'une **dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq)**.

Le dispositif a été profondément rénové en 2019 dans le but de faire de la qualité **un compartiment à part entière** du financement des établissements de santé. Ainsi le montant des crédits liés à la qualité a-t-il considérablement augmenté : de 50 millions d'euros en 2018 à **200 millions d'euros en 2019, 500 millions d'euros en 2023, 700 millions d'euros en 2022. L'objectif est d'atteindre un milliard d'euros.**

Pour accompagner cette augmentation de la part de financement à la qualité, le modèle d'allocation de la dotation Ifaq a été revu en profondeur. La logique de score qualité global par établissement, jugée peu lisible, a été remplacée par **une rémunération à l'indicateur**. Le caractère inclusif et incitatif du dispositif a été renforcé puisque la part d'établissements rémunérés est passée d'environ 30 % à 70 %. Ces nouvelles modalités permettent à la quasi-totalité des établissements de santé (99,6 %) de percevoir une rémunération à la qualité.

2. Des réformes difficiles à mettre en œuvre

Les réformes du financement engagées peinent à se mettre en place : décalages de calendrier, mise en œuvre très progressive – voire partielle – des nouveaux modèles, reconduction des dotations historiques... Plusieurs facteurs contribuent à expliquer ces difficultés.

➤ Des inerties importantes, en partie liées à la crise épidémique

La crise sanitaire a freiné les travaux préalables nécessaires à la mise en place des nouveaux modèles (simulations, travail sur les indicateurs) en mobilisant les ressources du ministère de la santé. Elle a par ailleurs justifié une garantie de financement pour préserver les recettes des établissements de santé dans un contexte de chute de l'activité – garantie reconduite en 2021 et 2022 et, selon des modalités atténuées, en 2023. Cette garantie s'est substituée aux modèles nouveaux de financements des établissements.

Cette inertie liée à la crise sanitaire a été renforcée par les fortes réticences de certains acteurs, dans un contexte où les réformes sont conçues pour engendrer d'importants effets de redistribution. Dans un contexte globalement délicat dans les établissements de santé – et plus encore dans certains secteurs en tension comme la psychiatrie – la transition entre ancien et nouveau système suppose de franchir une marche importante, dont l'acceptabilité peut poser question. De manière générale, les hôpitaux publics, qui devraient être bénéficiaires du

rééquilibrage provoqué par l'introduction d'une dimension populationnelle, sont plus favorables à ces réformes que les établissements des autres secteurs, singulièrement les cliniques privées.

➤ Des modèles complexes

La subtilité des modèles de financement ciblés est un autre facteur contribuant à expliquer le caractère laborieux de ces réformes. Le modèle de financement de la psychiatrie repose sur huit compartiments, celui des SMR sur six compartiments. La multiplication des enveloppes engendre une complexité importante. Le ministère de la santé peine à produire des simulations fiables permettant aux acteurs d'anticiper les conséquences du changement.

➤ Une logique populationnelle difficile à intégrer pleinement

La mise en œuvre d'une logique populationnelle dans les financements se heurte au manque d'outils et d'indicateurs dédiés pour répartir les dotations sur une base objective. En outre, il revient aux ARS de procéder à cette répartition, en lien avec les comités régionaux d'allocation des ressources⁽¹⁾. Or, il s'agit, pour ces acteurs, d'une compétence nouvelle, pour laquelle l'expertise fait encore défaut.

Dans ce contexte, l'ensemble des acteurs auditionnés souligne une grande hétérogénéité dans les critères pris en compte par les ARS pour répartir les dotations populationnelles. Si les mieux outillées se livrent d'ores et déjà à une forme de répartition selon les critères qui, par ailleurs, varient, d'autres se bornent, pour l'essentiel, attribuent les crédits sur une base historique.

II. LA TRANSFORMATION DU FINANCEMENT BUTÉ SUR LES CLOISONNEMENTS PUBLIC/PRIVÉ ET VILLE/HÔPITAL

Si la première partie montre que de nombreuses réformes du financement ont été lancées, il n'est que trop visible qu'elles ne concernent que les établissements de santé. À ce jour, les réformes engagées ne sont pas parvenues à créer des leviers transversaux entre la ville et l'hôpital, lesquels sont pourtant indispensables pour entrer dans une logique de parcours et répondre aux besoins de santé de la population.

1. Des cloisonnements difficilement surmontables

Les cloisonnements dans les canaux de financement et, surtout, dans les modes de rémunération des professionnels de santé, sont à l'origine de la difficulté récurrente à mobiliser le financement autour des parcours des patients.

Ces cloisonnements concernent les établissements de santé entre eux. S'ils sont financés selon des logiques similaires ou proches, les réformes récentes permettant de progresser dans ce sens, les établissements restent soumis à une tarification différente selon

(1) Le décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation crée, auprès de chaque ARS, un comité régional consultatif d'allocation des ressources relatif aux activités d'urgence, de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé. Le comité, qui rassemble des représentants des établissements, des professionnels de l'activité concernée et des usagers, doit émettre un avis auprès du directeur général de l'ARS sur l'allocation des dotations populationnelles entre établissements pour ces activités.

qu'ils appartiennent au secteur public, privé d'intérêt collectif ou privé lucratif. Ces échelles de tarification distinctes sont supposées répondre à des différences de charges difficiles à objectiver en réalité, et peuvent aboutir à des situations de rente.

Les modes de rémunération distincts séparent aussi la ville de l'hôpital. Si les personnels des hôpitaux et des établissements d'intérêt collectif sont salariés, ceux des cliniques privées et les professionnels de ville sont payés à l'acte. Il en résulte, pour les mêmes actes, des différentiels de rémunération du simple au quintuple pour certaines spécialités⁽¹⁾. De surcroît, la nomenclature des activités recensées dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) est totalement distincte de celle appliquée pour l'activité libérale, la classification commune des actes médicaux (CCAM).

2. L'exemple du forfait « maladie rénale chronique »

L'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019⁽²⁾ a ouvert la possibilité d'un paiement au forfait annuel pour la prise en charge des pathologies chroniques dans le but d'inciter à une prise en charge globale et coordonnée des personnes atteintes de maladies chroniques, en favorisant la coopération et la délégation de tâches entre acteurs et en développant la prévention.

Le premier forfait annuel destiné aux pathologies chroniques a été créé en octobre 2019 pour la prise en charge hospitalière de patients atteints de maladie rénale chronique aux stades 4 et 5 de la maladie et en pré-suppléance. Versé annuellement aux établissements de santé prenant en charge un volume minimal de patients atteints de cette pathologie, il rémunère les consultations avec un néphrologue, les actes médicaux non techniques ainsi que les interventions et actes non médicaux des professionnels paramédicaux (infirmiers de coordination), socio-éducatifs (diététiciens) ou autres (éducation thérapeutique, activité physique adaptée). Il a vocation à favoriser une répartition optimale des tâches entre professionnels ainsi qu'à améliorer le suivi global du patient pour prévenir les complications et la nécessité d'une dialyse ou d'une greffe.

Ce forfait devait être étendu aux acteurs de la ville, dans un contexte où la plupart des patients atteints de cette pathologie sont pris en charge à la fois en ville et par les structures hospitalières. Cependant, cette extension semble avoir été abandonnée devant la complexité excessive de ce projet, en raison des différents modes de rémunération entre ville et hôpital. Ainsi le dispositif est-il empêché d'atteindre pleinement son objectif initial, faute de pouvoir couvrir l'ensemble du parcours du patient.

III. LES EXPÉRIMENTATIONS « ARTICLE 51 » MONTRENT QUE L'ÉVOLUTION DES MODES DE FINANCEMENT PEUT AVOIR DES EFFETS STRUCTURANTS SUR LE SOIN

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁽³⁾ ouvre la possibilité d'expérimentations dérogeant aux règles de tarification habituelles pour « permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant

(1) Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, octobre 2022, p. 202 : « La rémunération d'un radiothérapeute en libéral est 4 à 5 fois plus élevée que dans le secteur public. Ce différentiel de rémunération entre les deux secteurs s'accroît depuis 2015 ».

(2) Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(3) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins ». Ce cadre constitue, à l'heure actuelle, **la seule possibilité réelle de dépasser les cloisonnements** susmentionnés pour construire le financement autour des besoins des patients. De fait, les plus de 230 expérimentations qui ont vu le jour ont souvent pour objectif de créer des parcours améliorant la prise en charge.

Certaines expérimentations revêtent un caractère particulièrement structurant en ce qu'elles transforment les modes de rémunération des professionnels. Les premiers résultats disponibles font apparaître des **effets très importants sur l'organisation et la qualité des prises en charge et sur le bien-être au travail des professionnels**.

1. L'expérimentation d'un « paiement en équipe de professionnels de santé » (PEPS)

Portée par le ministère de la santé et lancée en 2019, l'expérimentation PEPS teste la rémunération forfaitaire collective des professionnels de santé en ville, substitutive au paiement à l'acte et libre dans son utilisation comme dans sa répartition. Concrètement, des professionnels de santé (médecins généralistes et infirmiers) exerçant dans une structure de ville déjà constituée (maisons ou centres de santé par exemple) se portent volontaires pour être rémunérés au forfait en substitution de l'acte pour trois types de patientèle : soit sur l'ensemble de la patientèle « médecin traitant » des médecins généralistes ou du centre de santé concerné, soit sur la patientèle « médecin traitant » des personnes âgées de plus de 65 ans, soit sur la patientèle « médecin traitant » diabétique (de type 1 ou 2).

En raison de son caractère novateur, cette expérimentation a principalement été mise en œuvre dans des centres de santé, où les professionnels sont d'ores et déjà salariés. Cependant, trois maisons de santé se sont également portées volontaires, à l'image de la maison de santé Les Allymes dans l'Ain. Cette structure a basculé au forfait pour la prise en charge de la patientèle médecin traitant au 1^{er} janvier 2021. Ce forfait, modulé selon divers paramètres, est payé sur le compte de la société en prévision pour une période de quatre mois. Ce versement donne de la visibilité aux équipes, qui peuvent l'affecter comme elles l'entendent, recruter des professionnels de façon à optimiser le temps médical, investir dans un plateau technique complet. Le forfait rémunère six médecins généralistes, trois infirmières (de parcours, de pratique avancée et de santé publique) et trois accueillantes secrétaires ayant vocation à devenir assistantes médicales. Les professionnels sont rétribués en fonction de leur temps de travail.

La sortie d'une rémunération à l'acte permet de séparer la prise en charge des patients en « petits bouts » sans se poser la question de la facturation de l'acte et de son bénéficiaire. Par exemple, les électrocardiogrammes peuvent être effectués par l'infirmière et interprétés par le médecin. Cette répartition des tâches a permis à l'équipe d'accroître sa file active de 10 à 20 %, engendrant une hausse de la rémunération.

Si le modèle est jugé relativement simple à mettre en œuvre pour les professionnels qui bénéficient de leurs moyens en prévision et n'ont plus à se préoccuper de ce que rapporte chaque consultation, il est plutôt difficile à manier pour l'assurance maladie, qui doit notamment collecter toutes sortes d'indicateurs afin de parvenir à calculer et moduler le forfait.

Au final, le passage au forfait a considérablement amélioré le confort de travail des professionnels tandis que son caractère mutualisé a permis de limiter les risques associés à la transition entre l'ancien et le nouveau système. Les professionnels concernés auraient du mal à concevoir un retour au paiement à l'acte au terme de l'expérimentation, prévu fin 2024. Ceci

tend à montrer que le modèle de financement change fondamentalement la manière de travailler.

2. L'expérimentation Équilibres, la rémunération horaire des infirmiers libéraux

L'expérimentation Équilibres, portée par l'association Soignons humain, consiste à rétribuer à un taux horaire calculé en fonction de la rémunération moyenne de la profession 160 infirmiers libéraux aspirant à mettre en place une prise en charge globale des patients sans être contraint par la nécessité de coter des actes techniques. Grâce à ce modèle, les infirmiers effectuent 40 % d'actes non cotés dans la nomenclature générale des actes paramédicaux (NGAP), notamment de l'éducation thérapeutique, mais aussi la pose de bas de contention, l'administration de collyres, etc. Ce temps valorisé auprès des patients favorise leur autonomisation et leur maintien à domicile ; il permet aussi de redonner du sens au travail de ces infirmiers à domicile, qui avaient le sentiment d'être devenus « des professionnels de la cotation ». Ce mode de rémunération supprime en outre un biais de sélection des patients – il n'y a plus de patient « rentable » ou « non rentable » – et incite à une prise en charge holistique, qui va au-delà de l'acte technique pour lequel ils peuvent avoir été sollicités.

Les infirmiers qui ont rejoint l'expérimentation conçoivent difficilement un retour à la tarification à l'acte. Cependant, ce modèle n'aurait pas vocation à être généralisé dans le sens où il est pertinent pour des professionnels qui ont le goût de l'éducation thérapeutique, de la coordination et du travail en équipe. Il suscite néanmoins un intérêt réel dans la profession, avec une liste d'attente qui compte d'ores et déjà plus de 400 professionnels. L'expérimentation arrive à son terme à la fin de l'année 2023.

3. L'expérimentation Ipso Santé, la rémunération à la capitation des médecins généralistes

L'expérimentation Ipso Santé ou « contrat médecin traitant renforcé » est porté par quatre cabinets de médecine générale parisiens du groupe Ipso Santé. Ce groupe constitue une maison de santé, et compte actuellement huit à douze médecins généralistes associés par cabinet. Depuis sa création en 2015, il cherche à repenser la manière dont sont dispensés les soins primaires, dans une approche collaborative entre professionnels et en travaillant au recentrage des médecins sur le soin.

Dans cette optique, le groupe expérimente une rémunération individuelle forfaitaire mensuelle en fonction de la patientèle « médecin traitant renforcé » de chaque praticien, en lieu et place de la rémunération à l'acte. Cette rémunération forfaitaire permet la délégation de tâches, en particulier pour les patients très « consommateurs » qui consultent plus de dix fois par an. Grâce à la mutualisation qu'autorise l'exercice coordonné, le groupe a recruté vingt-cinq assistants médicaux, des psychologues, une coordinatrice sociale, des infirmiers en pratique avancée.

Cette formule a des avantages pour les médecins, recentrés sur leur cœur de métier. La sortie d'une valorisation à l'acte améliore également le suivi des patients : le dépistage et la prévention s'en trouvent valorisés. Par ailleurs, il ne sera pas toujours nécessaire de faire revenir le patient, certaines choses se réglant au téléphone.

Si le modèle est simple d'application pour les médecins, qui bénéficient d'une forme de stabilité dans leur rémunération, il est complexe pour l'assurance maladie. De longues discussions ont été nécessaires pour établir la valeur des briques du forfait « médecin traitant

renforcé », sur la base de la rémunération perçue auparavant par les médecins et en fonction du degré de complexité attaché à chaque catégorie de patients. L'assurance maladie semble en difficulté pour recueillir les indicateurs pertinents afin d'évaluer l'expérimentation en vue de sa généralisation, à l'horizon de la fin 2024.

Les porteurs du projet estiment que ce modèle peut être répliqué dans d'autres maisons de santé, dès lors qu'elles ont une taille critique et que les professionnels ont atteint un certain niveau de structuration. Il doit néanmoins être assorti d'engagements des professionnels pour éviter les effets d'aubaine.

IV. PERSPECTIVES POUR UNE TRANSFORMATION DU FINANCEMENT

Dans la perspective de la réforme annoncée du financement des activités de médecine, l'analyse des précédentes transformations et expérimentations des dernières années conduit à préconiser quelques lignes d'actions prioritaires.

1. Clarifier sans délai les modalités de sortie des expérimentations « article 51 »

Plusieurs dizaines d'expérimentations conduites dans le cadre de l'article 51 arriveront à échéance en 2023 et 2024. Comme l'illustrent les exemples susmentionnés, ces expérimentations ont été menées par des acteurs extrêmement investis, qui ont bouleversé leur organisation et souvent consenti des investissements importants. Ces équipes soulignent le manque de visibilité sur l'avenir de leur démarche, dans un contexte où l'assurance maladie peine à produire les évaluations nécessaires. Ce point est confirmé par le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2023 ⁽¹⁾, qui souligne le caractère sous-dimensionné de la cellule d'évaluation réunissant le ministère de la santé et l'assurance maladie ⁽²⁾.

La Cour des comptes souligne le travail technique considérable qu'implique l'hypothèse d'une entrée des dispositifs expérimentaux dans le droit commun, en particulier sur les systèmes d'information, l'évolution des compétences et des métiers, la formation et la coordination. Dans la mesure où de nombreuses expérimentations poursuivent des objectifs proches, ce travail impliquera de prendre de la hauteur pour une évaluation globale des orientations similaires, en vue de déterminer les modalités retenues pour la bascule dans le droit commun. Le retard pris dans ces travaux suggère que de nombreuses expérimentations seront, dans un premier temps, prolongées. Dans la mesure où cette bascule impliquera des évolutions législatives, il importera que **le Parlement soit partie prenante de la réflexion** à fin d'anticipation.

2. Aller au bout des réformes du financement déjà lancées

Les réformes du financement décrites en première partie sont irriguées par la logique d'une atténuation des effets de la tarification à l'activité, d'une rémunération conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique, d'un financement proportionné aux besoins de santé de la population. Par ailleurs, leur mise en œuvre nécessite des efforts considérables des différents acteurs concernés pour mettre au point les outils nécessaires, développer les indicateurs

(1) Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, mai 2023 : « Expérimenter pour réformer l'organisation et la tarification des soins », p. 157.

(2) « Sa capacité à produire dans les délais impartis des évaluations de qualité, première étape obligée de la sortie du temps de l'expérimentation, est cependant incertaine ».

pertinents, s'approprier les logiques nouvelles. Il importe donc de ne pas remettre en cause ces réformes mais **d'en accélérer la mise en œuvre**, éventuellement **en simplifiant** leurs modalités.

La réforme des **hôpitaux de proximité** revêt une certaine exemplarité dans cette perspective. Dûment concertée avec les acteurs et accompagnée, cette réforme confère un rôle stratégique à ces établissements sur le territoire, tout en proposant un modèle financier lisible, sécurisant et relativement simple. C'est à l'aune de ce premier succès qu'il faut poursuivre les autres réformes en cours, en veillant à les accompagner dans la durée tout en assumant les effets de redistribution qu'elles induisent.

Pour que la logique de responsabilité populationnelle prenne tout son sens, il sera indispensable de **renforcer les ARS** en leur donnant les outils et les ressources humaines nécessaires pour qu'elles investissent pleinement leurs nouvelles prérogatives. Il conviendra probablement, à terme, de renforcer le poids des dotations populationnelles dans les modèles de financement, en particulier pour les hôpitaux de proximité, pour lesquels elles ne représentent actuellement qu'environ 1 % des ressources.

Il importera aussi de **révolutionner le financement à la qualité**. La montée en charge de l'Ifaq ne s'est pas accompagnée d'une transformation suffisante de la mesure de la qualité, qui reste fondée sur des indicateurs de processus plutôt que sur la qualité des prises en charge et la satisfaction des patients. Dans la mesure où le financement à la qualité a vocation à irriguer l'ensemble des nouveaux modèles de dotation, il importera de progresser rapidement dans la détermination d'indicateurs pertinents et automatisables, pour ne pas induire de charges supplémentaires pour les professionnels de santé.

3. Donner de la stabilité et de la visibilité aux établissements hospitaliers

La réforme du financement envisagée dans les établissements hospitaliers devra tenir compte de la nécessité d'apporter, pour ces acteurs, un cadre stable et de la visibilité. Les hôpitaux doivent, à partir de 2023, amorcer la sortie de la garantie de financement appliquée depuis 2020 pour sécuriser leurs recettes dans un contexte de crise sanitaire. De nombreux établissements se trouvent dans une situation dégradée en raison notamment de difficultés à recruter des personnels de santé. Ce contexte fragile doit inciter à la définition d'un cadre sécurisant qui permette à ces établissements de se projeter.

À court terme, il semble indispensable de réactiver le cadre pluriannuel lancé pour la première fois en 2019 ⁽¹⁾, afin de donner de la visibilité sur les ressources des établissements de santé. Ce cadre a été *de facto* mis en côté avec la crise sanitaire et l'application de la garantie de financement. Il semble indispensable de **pérenniser cette approche pluriannuelle** et de redéfinir le cadre ayant vocation à s'appliquer pour les prochaines années en amont du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il importera également de **conduire une politique d'investissement pérenne pour les établissements hospitaliers**. Si le Ségur de la Santé a mis sur la table des moyens substantiels pour l'investissement hospitalier, cette enveloppe compensera seulement les déficits d'investissement cumulés au fil des années. Pour éviter que ces déficits ne se reconstituent, il importe de définir une politique d'investissement en continu, qui impliquerait probablement d'isoler le financement des investissements lourds des tarifs hospitaliers.

(1) Protocole d'accord entre l'État et les fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé pour 2020 à 2022.

4. Aller vers une convergence des modes de rémunération des acteurs de la santé

La réponse aux enjeux du système de santé bute systématiquement sur la différence des modes de rémunération selon secteurs d'exercice, qui va de pair avec une différence des niveaux de rémunération pour des activités similaires. Il semble indispensable, à terme, de faire converger les modes de rémunération entre public et privé, ville et hôpital. Dans le modèle cible, elle serait principalement liée à la lourdeur ou la difficulté de la prise en charge, avec des outils identiques en ville et dans les établissements, et valoriserait l'engagement des professionnels.