



Article 51

Guide sur les modèles de financement

A DESTINATION DES PORTEURS DE PROJET

Résumé

Guide d'accompagnement des porteurs de projet pour vous aider à formaliser votre modèle économique.

Table des matières

Avant-propos	2
Les principes directeurs de l'Article 51	2
Cycle de vie d'un projet d'expérimentation Article 51	3
Introduction : les principaux livrables du guide	5
Partie I - Un modèle économique 51 : c'est quoi?	6
Généralités	6
Plan de financement	7
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)	9
Prestations dérogatoires (ou forfaits 51)	11
Quelques exemples de construction de ces tableaux.....	13
Les impacts attendus	15
Les points de doctrines 51	17
Partie II : Les bonnes pratiques pour choisir et construire son modèle de financement	25
Étape 1 : se poser les bonnes questions	26
Étape 2 : choisir un modèle de financement adapté aux objectifs du projet	27
Le financement à la séquence de soins	29
Le financement à la capitation	33
La part variable.....	35
Le paiement horaire.....	39
Les forfaits et modèles combinés	41
Étape 3 : identifier les coûts de référence pour le projet	43
Référentiels de droit commun	44
Référentiels de coûts	45
Conclusion du guide	47
Annexes	47
Annexe I : avantages et inconvénients des modèles de financement	48
Avantages et inconvénients des modèles :	48

Avant-propos

Ce guide s'adresse à vous, porteurs de projets Article 51, dans la conception et la mise en œuvre de votre expérimentation sur le volet du modèle économique.

Avec ce guide, vous pourrez définir et mettre en œuvre le modèle économique le plus adapté à votre projet, en vous aidant à vous poser les bonnes questions aux bons moments de l'avancement de votre projet.

Des supports, adaptés à chaque phase de l'expérimentation, vous seront proposés en annexe de ce guide.

Les principes directeurs de l'Article 51

L'article 51 est un dispositif générique d'expérimentation issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 permettant de tester en vie réelle des organisations innovantes en santé.

Qui peut proposer une expérimentation d'innovation en santé ?



Tout porteur de projet agissant dans la sphère sanitaire, sociale ou médico-sociale peut proposer un projet innovant en santé.

Quels sont les types d'innovation visés par l'Article 51 ?



Les innovations éligibles à l'Article 51 concernent de nouvelles modalités d'organisation des soins, ou bien de nouvelles modalités de financement des prises en charge. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription de produits de santé.

Quelle est la durée d'une expérimentation ?

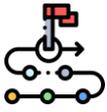


La durée maximale d'une expérimentation bénéficiant de l'Article 51 est de 5 ans.

Quelles sont les modalités de financement applicables à une expérimentation ?



L'Article 51 permet de déroger à de nombreuses règles d'organisation et de financement de droit commun du système de santé listées par la loi. Chaque expérimentation a ainsi vocation à tester des nouveaux modèles de financement ayant vocation à se généraliser progressivement.

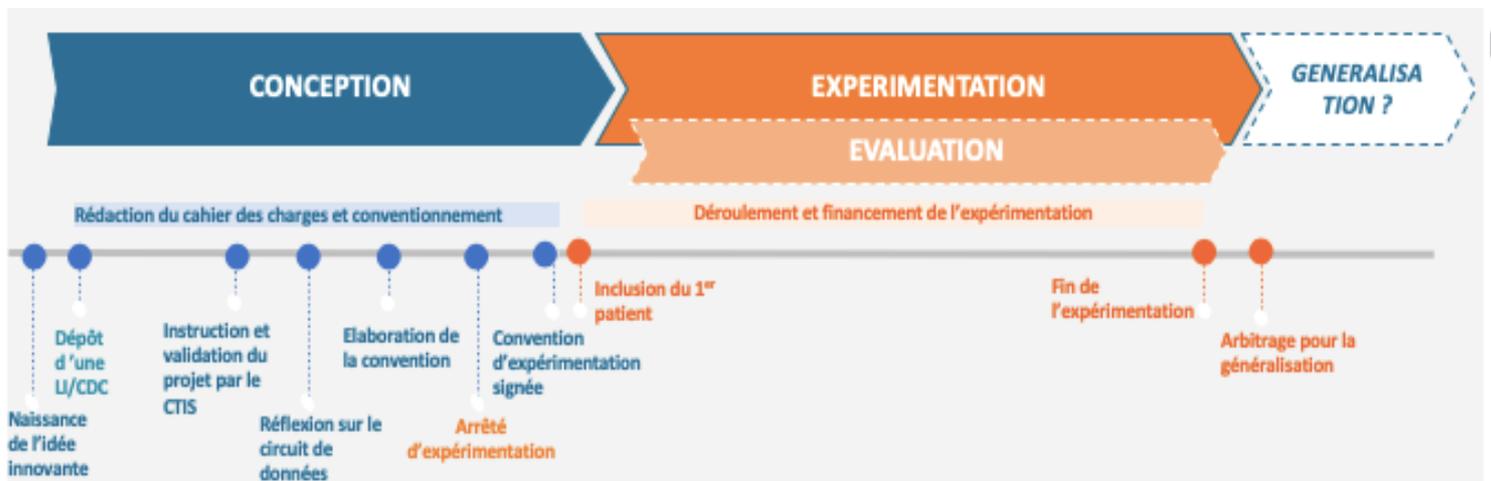


Quel est l'objectif de l'expérimentation ?

Le but est de construire une prise en charge autour du patient en liant son parcours au financement proposé pour permettre à ce dernier de favoriser une prise en charge adaptée et coordonnée entre les différents opérateurs. Les patients sont mis au centre des projets 51.

Chaque expérimentation est évaluée afin de mesurer le potentiel de généralisation de l'innovation à l'ensemble du système de santé.

Cycle de vie d'un projet d'expérimentation Article 51



Un projet d'expérimentation Article 51 suit un cheminement en 3 phases :

1. Conception :

C'est le temps d'émergence de l'idée innovante, de sa formalisation et de la validation de son expérimentation par les ministres ou le directeur général de l'Agence Régionale de Santé après avis du Comité technique de l'innovation en santé (CTIS)

Au cours de cette phase, le porteur de projet devra mener ces travaux :

#1 Définir l'offre de santé innovante

#2 Définir le modèle économique de l'innovation

#3 Préciser dans son cahier des charges les principes permettant à son projet d'être évalué

2. Expérimentation

L'expérimentation débute dès autorisation du cahier des charges (CDC) qui se traduit ensuite par la signature d'une convention FISS ou FIR pour permettre le versement des crédits d'ingénierie et d'amorçage. C'est ensuite le temps de l'inclusion des patients avec une montée en charge progressive, avec la signature de la convention

de financement FISS permettant le versement des financements dérogatoires prévus dans le CDC.

3. Evaluation :

C'est enfin le temps de l'évaluation de l'innovation :

- Évaluation de la faisabilité
- De l'efficacité
- De l'efficience et de la reproductibilité de l'innovation.

Sur la base du rapport définitif de l'expérimentation, le Conseil stratégique d'innovation en santé donnera son avis sur la généralisation de l'expérimentation.

Si vous êtes en possession de ce guide, c'est que vous êtes un porteur de projet article 51, et que vous cherchez à élaborer au mieux votre modèle économique en cohérence avec les enjeux de l'organisation innovante sur laquelle repose votre projet. Sachez au préalable que ce guide n'a pas vocation à répondre à toutes les problématiques. Il s'agit de vous proposer des bonnes pratiques et des boîtes à outils, tirées de l'expérience passée, et de la capitalisation des modèles de financement jusqu'ici mis en place dans le cadre des projets article 51 (sur la base de plus de 50 projets autorisés à ce jour ou en cours d'instruction pour certains).

Ce guide est donc amené à évoluer. Il fera sans doute l'objet de mises à jour, il s'agit donc d'une V1 !

Introduction : les principaux livrables du guide

Ce guide a pour objet de vous aider à répondre à ces principales questions :

- **Quel modèle de financement choisir ?**
- **Quel est le niveau de précisions demandé pour le modèle économique dans le cahier des charges (CDC)/la lettre d'intention (LI) ? Quelles données fournir dans le CDC ?**
- **Comment estimer l'impact du projet en cas de généralisation ?**

L'objectif principal de ce guide est donc de fournir une méthodologie de construction d'un modèle économique adapté à votre projet, qui soit innovant, généralisable, et soutenable économiquement par le système de santé.

Ce guide se compose de deux parties :

PARTIE 1 : Cette partie aura pour objet de vous apporter des précisions sur les composantes du modèle économique, des différentes sources de financement pouvant être octroyées dans le cadre du dispositif 51 et de la nature des dépenses qu'elles ont vocation à couvrir (définition et points de doctrine).

PARTIE 2 : Cette deuxième partie a vocation à vous aider dans le **choix** du modèle de financement le plus approprié par rapport à l'innovation organisationnelle proposée, ainsi que, le cas échéant, dans la **construction** du ou des forfait(s) associé(s).

Ce guide propose ainsi :

1. **Une méthode commune à tous les projets pour l'instruction des modèles de financement proposée**
2. **Une check-list des informations financières à prévoir a minima dans le cahier des charges**
3. **Des référentiels de coûts et de tarifs pour la construction des modèles**

Partie I - Un modèle économique 51 : c'est quoi ?

Généralités

Cette partie doit vous permettre d'apprendre ce qu'est un **modèle économique** dans le cadre des projets Article 51, les différentes composantes de son **plan de financement**, ainsi que les **impacts attendus**. Les points importants à ne pas oublier de mentionner dans votre CDC vous seront précisés et des exemples vous seront fournis.

Conseil : Un modèle économique réussi repose sur **un plan de financement** qui a été préparé avec l'ensemble des parties prenantes de votre projet. Il est donc nécessaire en amont d'avoir bien défini l'innovation organisationnelle du projet (partie IV 1. du CDC) avec les professionnels/structures concernés par le projet. Faites preuve d'innovation, mettez-vous à la place du patient (avec une approche patient centré) et décrivez bien toutes les interactions possibles avec les différents intervenants (approche globale collaborative). Cette démarche vous permettra de bien cerner le périmètre de votre projet et d'être en mesure ensuite de renseigner l'ensemble des données financières (coûts/recettes) associées.

Ce **plan de financement** est étudié attentivement par les représentants du CTIS dans les procédures d'autorisation du projet, ainsi que pour évaluer sa **soutenabilité financière en cas de généralisation**. Il doit donc être soigné.

Le modèle économique attendu dans le cadre du 51 comprend donc :

1. Un plan de financement détaillé distinguant :

- Les crédits d'amorçage et d'ingénierie
- La prestation dérogatoire (« forfait 51 »)

2. Les impacts attendus

- La mesure de cet impact

Enjeux de généralisation du projet

Plan de financement

➤ Définitions

- **Le plan de financement** est un tableau financier retraçant l'ensemble des informations financières du projet et permettant de mettre en avant son équilibre financier. Il synthétise les besoins financiers générés par le projet et les rapproche de leur mode de financement.
- Il est établi au titre des périodes suivantes :
 - De l'autorisation du projet jusqu'à la 1ère inclusion (« période initiale » financée exclusivement par des crédits d'amorçage et d'ingénierie)
 - De la 1ère inclusion jusqu'à la fin de la 1ère année (année civile)
 - De la 2ème année jusqu'à la 3ème année d'activité
 - ...
- Les principales composantes de ce plan sont d'une part les crédits d'amorçage et d'ingénierie et d'autre part la prestation dérogatoire (cf. définitions p.9 et p.11).

Pour élaborer ce plan, il est nécessaire de décrire un certain nombre de données prévisionnelles (socle commun des plans de financement 51) :

- Votre activité prévisionnelle
 - En fonction des caractéristiques de l'innovation organisationnelle proposée, l'unité de mesure de cette activité peut varier (patient, séquence, nombre d'heures..., cf. partie 2 sur les modèles de financement).
 - Il est important d'indiquer une date indicative pour la 1ère inclusion et, si possible, celle de la fin de la montée en charge.
- Les professionnels concernés par ce projet
 - Il est recommandé de distinguer les professionnels « **51** » « principaux » — soit ceux dont l'action sera financée par des financements dérogatoires 51 — des professionnels « **hors 51** » — soit des intervenants potentiels, mais restants financés selon les modalités de droit commun (voir p.26)

Pour les professionnels financés par des financements 51, il est demandé de décrire leurs actions, et le temps estimé de leur intervention ainsi que la fréquence d'intervention le cas échéant.

- Les coûts relatifs du projet (logistique, formation, charges de personnel...)
 - Il vous sera demandé d'identifier si ces coûts sont **pérennes** ou **temporaires** et s'ils sont **fixes** ou **variables** en fonction de l'évolution de l'activité.
- Une fois recensées, ces données devront être synthétisées dans un tableau de financement 51 (voir exemple p. 13), outil indispensable au bon déroulement de la construction et du suivi budgétaire du projet. Ce tableau servira également de support pour l'élaboration de la convention de financement qui sera signée entre vous et l'assurance maladie après autorisation du CDC (informations supplémentaires disponibles dans le guide de facturation).

Conseil

Ce plan de financement repose sur des prévisions qui ont, certes, un caractère incertain par nature, **mais qui doivent tout de même refléter le scénario le plus réaliste (c'est-à-dire celui qui a le plus de chances de se produire)**. Le principal risque est la **surestimation de la patientèle**. Pour limiter ce risque, il vous est demandé de :

- Bien décrire les **critères d'inclusion de la patientèle**, ainsi que la **montée en charge de la patientèle incluse**. N'oubliez pas que vous êtes dans le cadre d'une expérimentation avec des enjeux importants liés au démarrage du projet. Il est donc recommandé de prévoir en début de projet une file active réaliste et maîtrisable et de la faire **évoluer** progressivement tout au long du projet ; l'enjeu de croissance constituant lui aussi un objectif à part entière.
- Recenser les **dispositifs/services comparables** (équivalent à une « étude de marché ») et de les analyser avec précision. Ne pensez jamais que vous êtes le seul à proposer ce type de service, il existe fréquemment des solutions comparables, qu'elles soient directes ou indirectes (dispositifs proposant des services quasi identiques ou de substitution qui existeraient déjà dans le droit commun).

➤ **Les différentes sources du financement 51 : FISS & FIR**

- Le **Fonds pour l'Innovation du Système de Santé (FISS)** et le **Fond d'Intervention Régional (FIR)** sont les deux sources de financement d'un projet d'expérimentation article 51 par l'assurance maladie.
- À distinguer :
 - **Projets régionaux** : financement FISS + FIR
 - ✓ FISS = finance les prestations dérogatoires des expérimentations,
 - ✓ FIR = finance les crédits d'amorçage et d'ingénierie.
 - **Projets nationaux** : financement uniquement par le FISS
 - ✓ FISS = finance les rémunérations dérogatoires des expérimentations, ainsi que les crédits d'amorçage et d'ingénierie.

Cf. [tableau de synthèse](#) FISS/FIR à compléter dans le cahier des charges (p.14)

Point de vigilance

L'évaluation des projets ne doit pas être budgétée dans le cadre du plan de financement du projet. De fait, l'évaluation repose sur des prestataires externes, garants de sa neutralité, désignés par la CNAM/DREES (cf. guide d'évaluation).

- ⇒ A noter que d'autres sources de financement peuvent venir compléter les financements article 51 (FIR et FISS) selon le contexte local.

Crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)

➤ Définitions

- Il s'agit des crédits destinés à couvrir des **frais non pérennes** engendrés par le « bon démarrage » de l'expérimentation, non pris en charge par les prestations dérogatoires :
 - **Des crédits d'amorçage (CA)** permettant de financer les coûts relatifs à la phase de montée en charge du projet. Pour certains projets, la prestation dérogatoire 51 a été calibrée en fonction d'une cible de patients inclus. Or, au début de l'expérimentation, cette cible n'est pas encore atteinte, la montée du nombre de patients se faisant de façon progressive. Pour autant, les équipes nécessaires au projet sont déjà recrutées. Ainsi, les CA permettent de faire compenser financièrement l'écart entre les financements estimés en fonction de la cible de patient et ceux alloués à la patientèle réellement incluse. Cela évite ainsi une variation du tarif dérogatoire en fonction du nombre de patients inclus.
 - **Des crédits d'ingénierie (CI)** permettant de financer les surcoûts relatifs au montage et au pilotage du projet ; il peut s'agir de coûts de ressources humaines, d'achat de matériel, de formation, etc.
 - **Exemples** : % d'ETP de chefferie de projet, de secrétariat, matériels/logistique, etc.

Pourquoi différencier les crédits d'amorçage et d'ingénierie ?

Différencier les CA et CI permet de construire le modèle de financement de façon plus logique pour être sûr de ne rien oublier, mieux anticiper les évolutions de la patientèle incluse et ne pas vous mettre ainsi en difficulté lors du démarrage de l'expérimentation. Il est conseillé de chiffrer d'abord les besoins en ingénierie de projet, puis le tarif de la prestation dérogatoire et enfin le besoin, le cas échéant, en amorçage.

In fine, le projet doit pouvoir être viable dans le cadre d'une généralisation sans la prise en compte de ces frais.

Points de vigilance :

- Les crédits d'amorçage et d'ingénierie ne constituent :
 - Ni une avance de frais sur les prestations dérogatoires,
 - Ni une prise en charge de l'ensemble des frais annexés à l'activité d'une structure si cette dernière n'est pas dédiée à 100 % à l'expérimentation.
- Les frais de chefferie de projet peuvent être mutualisés si le projet est déployé dans plusieurs régions.
- Il faut essayer de se baser sur un degré d'information commun de type de prestations relevant des crédits d'amorçage et d'ingénierie, sans trop les détailler dans le cahier des charges (cf. exemple tableau suivant).
- Les frais d'ingénierie (hors amorçage) ne doivent pas être disproportionnels au montant de la prestation dérogatoire. Même s'il est difficile de fixer un seuil à ne pas dépasser, la part des crédits d'ingénierie alloués au projet dans le total du coût de l'expérimentation est analysée attentivement dans le cadre de l'instruction.
- Attention, ces crédits ne sont pas budgétés pour financer la construction de l'expérimentation.

Tableau type des données attendues dans le cadre du cahier des charges sur les crédits d'amorçage et d'ingénierie

	Type de prestation	Prestation à financer	Détails sur prestation	Coût ETP/Tarif unitaire	NB d'heure NB d'ETP NB de réalisation	Montant total
Crédits d'amorçage	Ressources humaines (montée en charge)	XX professionnels		XX euros/ETP		
	Achat de matériel	XX écouillons	Dans quel but?	XX euros pour écouillons		
Crédits d'ingénierie	Formation des professionnels	Séances de formation; construction des outils de formation;...	Séance: nb de professionnels présents; outil formation: lesquels	Xeuros/séance	YY séances prévues	
	Frais logistiques et administratifs	Déplacements en région pour communicatio; secrétariat; comptabilité;...	Temps/ETP de secrétariat/comptabilité prévue...	XX€/déplacement YY€/ETP secrétariat	X déplacements prévus 0,5 ETP secrétariat YY heures de comptabilité	
Total (FIR si régional/FISS si national)						€

Prestations dérogatoires (ou forfaits 51)

➤ Définitions

La prestation dérogatoire (dit « **forfait 51** ») est un forfait Assurance Maladie destiné à couvrir les frais relatifs à la prise en charge du patient (actions relatives à la prise en charge du patient), mais également des actions de prévention, et de la coordination le cas échéant (cf. modèle organisationnel du projet). Elle est financée par le Fond d'innovation du système de santé (FISS).

Cette prestation peut financer :

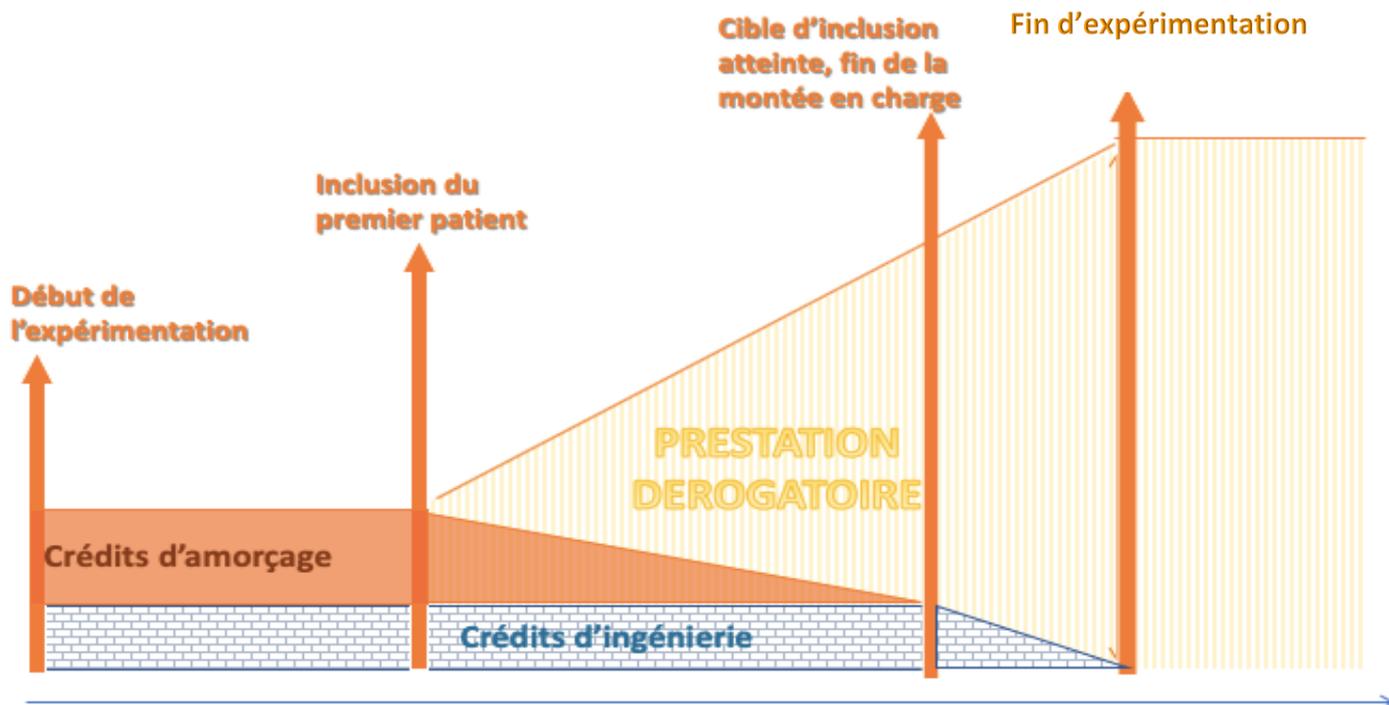
- Des interventions qui ne sont pas rémunérées par le droit commun : la rémunération est dite « **complémentaire** » à celle du droit commun,
- Des interventions **déjà rémunérées** par le droit commun : la rémunération est dite « **substitutive** » à une ou plusieurs autres du droit commun
- Des interventions **déjà financées, mais** modifiées dans le cadre de l'expérimentation : elle est alors « **substitutive et complémentaire** », au sens où elle intègre du droit commun et finance également des actions non rémunérées par le droit commun au sein d'une même prestation.

Le forfait peut être **individuel** (incluant le financement d'un seul professionnel) ou **collectif** (incluant le financement de plusieurs professionnels).

Un projet peut être financé par un ou plusieurs forfaits (*cf. forfaits combinés p41*)

Points de vigilance

- Le cahier des charges doit préciser les différentes interventions financées par la prestation, ainsi que tous les tarifs associés en distinguant bien ce qui est complémentaire de ce qui est substitutif au droit commun. Dans la mesure du possible, il est privilégié de **pondérer/moyenner le plus possible les coûts** de la prise en charge **afin de limiter le nombre de forfaits ce qui facilitera votre mise en œuvre et vos charges administratives.**
- La prestation collective peut générer des difficultés de gestion et nécessite donc d'établir bien en amont les règles de répartition de la rémunération entre les différents professionnels concernés (cf. guide de facturation).
- Cette prestation dérogatoire peut prendre des formes variées : capitation, paiement à l'acte ou à l'activité, part variable, etc. (cf. définitions « modèles de financement », p.28). Il est possible de combiner plusieurs modèles pour un seul projet.



Synthèse des composantes du plan de financement

Encadré MEMO : synthèse des données à faire apparaître dans le cahier des charges

Dans le cahier des charges, **deux tableaux** doivent apparaître **pouvant être adapté selon le projet** :

1. Une construction détaillée du forfait 51, en précisant sa durée et sa fréquence (annuelle, séquentielle, 6 mois en moyenne, etc.), comportant les éléments suivants (voir exemple page 13) :

- Type d'intervenant/de professionnel (médecin généraliste, psychologue, IDE, etc.)
- Type de prestations¹/services/actes
- Nombre de ces prestations/services/actes dans le cadre de la prise en charge
- Durée de ces prestations/services/actes
- Coût horaire/unitaire
- % de patients concernés, si besoin de pondération de ces prestations/services/actes pour construire une prestation dérogatoire « moyennée »

2. Un tableau détaillant par année pour la durée de l'expérimentation (voir exemple page 14) :

- La montée en charge du nombre de patients inclus
- Le montant du forfait FISS : forfait ** nombre de patients
- Le montant des crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)
- Le coût global de l'expérimentation (CAI + prestation dérogatoire)

¹ S'il s'agit de séances, alors préciser si individuelle ou collective, et si collective alors précisez le nombre d'intervenant(s) et leur type, et le nombre de patients par séance.

** Point de vigilance : les coûts horaires sont **des coûts bruts chargés**.

Quelques exemples de construction de ces tableaux

1. Tableaux d'aide dans la construction du forfait 51

⇒ Deux exemples de tableau pour aider la construction du forfait 51

	Intervenant(s)	Prestation/service/acte	Nombre de prestation/service/acte	Durée	Coût horaire	Pourcentage de patients concernés	Montant
Prestation 1							
Prestation 2							
Prestation 3							
						Montant total	

	Professionnel intervenant	Coût/horaire	Durée/entretien ou séance (en minutes)	Nombre moyen d'entretien ou séance	Nombre moyen de patients	Coût/patient
Premier entretien IDE/AS (diagnostic éducatif + programmation des séances)	IDE/AS	40 €	45	1	1	30 €
Temps de secrétariat	Secrétaire	-	-	-	6	9 €
Entretien initial et final IDE/AS	IDE/AS	40 €	30	2	1	40 €
Entretien initial et final kiné	Kiné	45 €	30	2	1	45 €
Entretien initial et final STAPS	STAPS	40 €	30	2	1	40 €
Entretien initial et final psychologue	PSY	40 €	30	2	1	40 €
Entretien initial et final diététicien	DIET	40 €	30	2	1	40 €
Séance collective d'IDE	IDE	40 €	60	3	6	20 €
Séance collective de kiné	Kiné	45 €	60	10	6	75 €
Séance collective de STAPS	STAPS	40 €	60	10	6	67 €
Séance collective de psychologue	PSY	40 €	60	1	6	7 €
Séance collective de diététicien	DIET	40 €	60	3	6	20 €
ETP	Kiné et/ou STAPS	40 €	60	2	6	13 €
TOTAL forfait initial						445 €
Séance collective de kiné	Kiné	45 €	60	5	6	38 €
Séance collective de STAPS	STAPS	40 €	60	15	6	100 €
ETP	Kiné et/ou STAPS	40 €	60	2	6	13 €
TOTAL forfait complémentaire						151 €
Si le patient a besoin des 2 prises en charge						596 €

2. La forme attendue de présentation du montant FISS/FIR dans le cahier des charges

TABLEAU global de synthèse des informations que l'on souhaite voir apparaître dans le cahier des charges (à adapter en fonction du projet : ajouter des colonnes, etc.)

	Montant des crédits d'amorçage et d'ingénierie	Montant du FORFAIT 51 ou prestation dérogatoire	Nombre de patients inclus	FISS	FIR (pour les projets régionaux)
Phase de construction (x mois)					
Année 1					
Année 2					
Année 3					
Année 4					
Année 5					
Total					
Coût Total de l'expérimentation FISS + FIR (n patients)			Xxx € (soit xxx €/patient)		

3. Proposition de synthèse des crédits dans le plan de financement à présenter dans le cahier des charges (seules les cases pertinentes sont à remplir)

		Type de prestation	Prestation à financer	Détails sur prestation	Cout par ETP	Nombre d'heure; nb d'ETP; nombre de réalisations	Montant total
CREDITS NON PERENNES	CREDITS D'AMORCAGE	Ressources humaines (montée en charge)					
		Achat de matériel					
	CREDITS D'INGENIERIE	Formation des professionnels					
		Frais logistique et administratifs du projets non perennes					
FORFAIT 51	+/- CREDITS INDIRECTS D'ADMINISTRATION ET DE GESTION	Conduite du projet					
		frais de management, coordination,					
		charges de loyer					
	Credits directs de prise en charge	maintenace et usage du système d'information du projet					
		frais annexes,					
		frais de professionnels de santé					
		frais de coordination					
		frais annexes (SI...)					

Les impacts attendus

L'enjeu du 51 est de permettre de généraliser le forfait expérimenté dès lors qu'un impact organisationnel ou financier aura été mesuré. Cette généralisation permettra ainsi à d'autres professionnels de facturer la même prestation, sous réserve de la mise en place d'une organisation pertinente.

Pour ce faire, il est recommandé de mettre en avant dans le cahier des charges les impacts du projet :

- En termes de **service rendu** aux patients,
- En termes **d'organisation et d'impacts** sur les pratiques, pour les professionnels et les établissements ou services,
- Et enfin en termes de **soutenabilité financière** pour le système de santé.

Conseils

Vous devrez, si possible,

- **Apporter les informations nécessaires à l'estimation de l'impact France entière** d'une généralisation de son projet (notamment en estimant le poids de la file active de l'expérimentation dans la file active nationale).
- **Résumer les principales informations médico-économiques disponibles dans la littérature scientifique**, y compris étrangère le cas échéant, permettant de présenter les impacts attendus de son projet (efficacité et gains nets, diminution des coûts de prise en charge, ...) pour l'Assurance maladie.

Point de vigilance sur la mesure des « gains économiques »

Un certain nombre d'études issues de revues de la littérature scientifique ou d'études médico-économiques permettent de mesurer les gains socio-économiques de certaines prises en charge (par exemple sur la prise en charge des BPCO, des allergies, etc.). Ces études peuvent être mobilisées afin de :

- **Démontrer les gains attendus** de l'expérimentation et qui pourraient bénéficier à l'ensemble des patients et à la collectivité ;
- **Comparer les dépenses Assurance maladie** de l'expérimentation aux dépenses habituellement constatées dans les cas où l'expérimentation s'inscrit dans une prise en charge déjà connue (les SSR par exemple) qui serait plus efficace (en développant des prises en charge en ville plutôt qu'à l'hôpital par exemple). Toutefois, l'existence de « gains » prouvée par la littérature n'affranchira pas d'une discussion sur la bonne maîtrise des coûts et le respect d'un certain nombre de référentiels dans le cadre du projet.

Dans les cas où ces études ne sont pas préexistantes (ce qui peut arriver pour de nouvelles filières de prise en charge), mais qu'il existe un consensus médical sur la mise en œuvre (troubles psychologiques, allergies par exemple), il ne vous est pas demandé de vous lancer dans cet exercice difficile d'évaluation des gains économiques. En revanche, il vous est demandé d'être particulièrement vigilant sur le bon choix des indicateurs d'évaluation, qui devra permettre de quantifier les impacts d'une généralisation sur les dépenses de santé (dépenses supplémentaires moins dépenses évitées).

Encadré MEMO : impacts attendus, que faire apparaître dans le cahier des charges ?

Les informations visées dans le cahier des charges doivent permettre d'estimer, à partir de la file active de l'expérimentation, l'impact du projet France entière.

Deux situations types peuvent donc se présenter :

- **Soit le champ d'action est déjà balisé** dans la littérature : dans ce cas, vous présenterez les études déjà publiées, la littérature développée sur le sujet.
 - Exemples : SSR, BPCO.
- **Soit le champ n'est pas balisé** : dans ce cas, vous commencerez par une revue de la littérature, recenserez les liens et réfléchirez à de bons indicateurs de résultats (cf. guide sur l'évaluation).

Les points de doctrines 51

Sur la base des différents projets instruits, des points de doctrine ont été élaborés à mesure de l'instruction des projets. L'objectif de cette partie est de partager les réponses qui ont été apportées aux questions les plus fréquemment posées lors de l'instruction des projets. Ces réponses sont évolutives et pourront connaître, en fonction des spécificités des projets, des adaptations.

➤ *Sur les coûts de création d'une nouvelle structure*

- **L'A51 prend-il en charge les travaux de construction, les coûts de déménagement/d'installation, l'achat de l'ensemble du nouveau mobilier et matériel lors de création de structure ?**

Non, le FISS ne prend pas en compte l'entièreté de ce type de dépenses. Ce type de dépenses peut être pris en charge en partie sur des aides régionales provenant du FIR ou des subventions départementales, ou sur d'autres fonds annexes. Toutefois, à la marge et sous certaines conditions, une partie des équipements peut être prise en charge par les CAI.

➤ *Sur les coûts administratifs et de gestion*

- **Peut-on intégrer des crédits d'administration et de gestion dans le forfait 51 ?**

La prestation dérogatoire est principalement composée de prestations dédiées au financement de la prise en charge et au soin (charges directes). Pour certains projets, des frais d'administration et de gestion peuvent être inclus (charges indirectes), dès lors qu'ils sont pérennes en cas de généralisation. Ces crédits ne sont pas à inclure systématiquement, leur inclusion est dépendante des référentiels pris en compte dans la construction tarifaire (cf. partie 3).

NB : les coûts de secrétariat pour la prise de rendez-vous, la gestion des agendas, etc. en lien avec la prise en charge du projet pourraient être budgétés ici, et non dans la partie « coordination » de la prestation dérogatoire s'il en existe une dans le projet (mais c'est très souvent le cas : cf. doctrine ci-dessous sur la coordination).

- **Peut-on financer le travail de collecte de données ?**

En principe, la collecte de données dans le cadre des projets article 51 n'est pas financée par l'A51, et donc elle ne fait pas l'objet d'un fléchage spécifique. Toutefois, dans les postes de dépenses administratives, un temps peut être alloué pour ce type de tâche.

➤ *Sur le coût de la coordination*

- **Qu'appelle-t-on « coordination » ?**

Il existe deux grandes familles de coordination dans un projet :

- Celle relevant du pilotage du projet et donc à ce titre, d'un coût non pérenne, à budgéter dans les crédits d'ingénierie ;
- Celle relevant du soin et donc à ce titre, d'un coût pérenne, à prévoir dans la prestation dérogatoire. Au sein de cette coordination, on peut identifier :
 - Un **coordinateur du parcours patient**, i.e. celui en charge d'assurer la coordination entre tous les intervenants du parcours (sur le partage de l'information, etc.) dans la prise en charge du patient dans sa globalité ;
 - Les **réunions de concertation pluridisciplinaire** (RCP), qui s'inscrivent dans un temps défini autour d'un nombre d'intervenants défini pour échanger sur un nombre de patients défini.

NB : les financements alloués au titre de cette coordination sont à analyser au regard de ce que les intervenants y font. Il est donc recommandé dans le CdC de bien détailler leur rôle et si possible le temps consacré.

➤ *Sur le coût de la formation*

- **Est-ce que le coût de la prise en charge de la formation des professionnels est à inclure dans les CAI ?**

Oui, le coût de la formation des professionnels nécessaire pour mener à bien le projet est à inclure dans les crédits d'ingénierie. Une fois l'intervention lancée et pour assurer la pérennité du projet, ce poste de dépense pourra ensuite être assuré, autant que faire se peut, par le développement professionnel continu (DPC) existant : <https://www.ameli.fr/seine-saint-denis/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/developpement-professionnel-continu/developpement-professionnel-continu>

NB : il est déconseillé de budgéter la formation des professionnels au sein de la prestation dérogatoire.

- **Est-il possible de financer de la formation sous forme d'e-learning de professionnels de santé dans le cadre de cette formation continue ?**

Si le e-learning s'apparente à un logiciel SI dans le sens où il s'agit du développement (conception de A à Z) d'une plateforme de e-learning, alors le dispositif 51 ne le prend pas en charge. Ce coût devra être supporté par l'industriel. En revanche, les crédits d'ingénierie peuvent financer une partie des coûts d'acquisition ou de location du logiciel qui seraient à la charge des professionnels de santé et à votre charge en tant que porteur

➤ *Sur les coûts des Systèmes d'information*

- **Est-il possible de financer des coûts de SI dans le 51 ?**

L'article 51 peut financer des coûts de SI dès lors que l'outil a été identifié comme indispensable à la mise en œuvre de la nouvelle organisation proposée. En fonction du type de coût, la prise en charge par l'article 51 peut varier :

- **Les coûts liés à l'usage (licence, droit d'accès en mode saas) et à la maintenance de la solution (dits coûts de run)** peuvent être intégrés dans le forfait 51.
 - **Point de vigilance** : ces coûts sont souvent appréciés par utilisateur et non par patient. Dans le cadre du forfait 51, il conviendra donc d'opérer cette bascule et d'être en mesure d'estimer ces coûts par patient si le forfait est par patient.
- **Les coûts d'adaptation d'outils existants en région (« build »)** : il s'agit d'adapter des outils régionaux pour répondre aux besoins métier du projet. Tout ou partie de ces coûts peut être intégré dans les crédits d'ingénierie. Une attention particulière sera apportée à l'articulation avec la stratégie nationale de mise en œuvre des services numériques de santé et notamment l'usage des outils et référentiel socles.
- **Le coût de construction (« build ») d'une nouvelle solution numérique par le porteur ou avec un partenaire (?)** : une partie de ces coûts peut être intégrée dans les crédits d'ingénierie. Ils n'auront donc pas vocation à être généralisés.

L'examen des projets se fera au cas par cas et nécessitera d'établir un lien avec la stratégie nationale e-santé ([doctrine technique du numérique en santé](#)), notamment les outils et référentiels socles de la e-santé. Une attention particulière sera portée à l'articulation avec les outils de coordination déployés régionalement dans le cadre du programme e-parcours. En conséquence, pour les projets régionaux, il est recommandé d'échanger avec les référents numériques de votre région pour s'assurer de la bonne intégration d'une éventuelle nouvelle solution numérique dans l'écosystème numérique régional et également d'articuler les différents financements qui pourraient être alloués.

En revanche, l'article 51 ne finance pas :

- L'acquisition, le développement et le déploiement de solutions numériques non alignées avec la stratégie régionale et nationale de la e-santé ;
- L'acquisition, le développement et le déploiement de solutions numériques « propriétaire » en dehors de la stratégie nationale et régionale e-santé : ce type de financement peut en revanche être assuré par d'autres dispositifs, de type BPI (banque publique d'investissement).

➤ *Sur les indemnités kilométriques*

- **Comment intégrer des indemnités kilométriques (IK) dans la prestation dérogatoire, si l'acte auquel elles sont rattachées n'existe plus ?**

Dans le droit commun, les IK sont toujours rattachées à leur acte déclencheur. Si cet acte est intégré dans la prestation dérogatoire, il ne sera plus possible de facturer les IK au fil de l'eau

dans le droit commun puisque les IK ne peuvent être facturées seules. Dès lors, il convient d'inclure également les IK dans la prestation dérogatoire, sur la base d'un forfait moyen à estimer. En cas de généralisation, il sera possible de sortir ces IK du forfait et de les financer en sus de la prestation sur la base des frais réels.

➤ *Sur les prestations de droit commun*

- **Est-il possible d'intégrer des prestations de droit commun dans la prestation dérogatoire ?**

Oui, il est possible d'intégrer des prestations du droit commun dans la prestation dérogatoire, si cela fait sens dans la prise en charge du patient ; cette prestation ne sera alors plus facturée dans le droit commun pour les patients inclus bénéficiaires de la prestation dérogatoire, qu'elle soit exécutée ou non.

Conseil

Deux situations dans lesquelles il est recommandé de ne pas inclure cette prestation de droit commun dans la prestation dérogatoire :

- Lorsque cette prestation est **exécutée ponctuellement** par un professionnel au projet (interventions ponctuelles) → *exemple : l'intervention du dentiste pour un patient bénéficiant d'un programme de prise en charge de la dénutrition.*
- Lorsque cette prestation est **réalisée pour peu de patients** et dont on ne peut pas facilement estimer le pourcentage de patients concernés, ni préciser les critères déclencheurs de cette prestation pour ces derniers.

Ces recommandations de bonnes pratiques visent à simplifier notamment la facturation et l'évaluation.

- **Est-il possible de facturer pour une même prestation la moitié dans la prestation dérogatoire et l'autre dans le droit commun ?**

Non, le tarif de l'acte est intégré dans sa totalité dans la prestation dérogatoire ou à l'inverse maintenu dans le droit commun. Par exemple : pour une consultation à 50€, on ne peut pas facturer 25€ de celle-ci dans le droit commun et 25€ dans la prestation dérogatoire.

➤ *Sur le renouvellement du forfait*

- **Sur quels critères un forfait 51 peut-il être renouvelé ?**

Dans certaines situations (par exemple, un patient peut avoir besoin d'un suivi étalé sur plusieurs années, le forfait 51 peut être renouvelé. Il faut alors indiquer dans le CdC que le forfait mis en place est renouvelé X fois maximum par patient, avec, à la fin de chaque année par exemple, une analyse des besoins du patient (= critères de caractère renouvelable ou non du forfait). Lors de la construction du plan de financement, des hypothèses sont à faire sur cette part de patients inclus qui seraient susceptibles d'avoir un forfait renouvelé X fois maximum.

➤ **Autres questions**

- **Si le coût total du projet est trop élevé, a-t-il moins de chance d'être retenu ?**

Lors de l'examen des projets, une attention particulière est portée sur le modèle de financement et les coûts associés. Il est donc important d'être raisonnable sur :

- **Le coût unitaire proposé** (soit le tarif du forfait 51) : comme annoncé précédemment, il est recommandé d'être le juste possible dans le calibrage de ce forfait en utilisant au mieux des référentiels externes (cf. partie 2.3) et en se basant sur des coûts moyens (ne pas retenir le coût maximum par exemple) ;
- **Le coût total du projet** : ce coût étant dépendant du volume de patients, il est demandé d'estimer au plus juste la patientèle incluse et ne pas chercher à inclure un maximum de patients. Le volume des patients varie en fonction de la taille des projets. L'objectif est d'avoir un volume suffisant de patients pour être en mesure d'évaluer le projet. Pour les projets nationaux, il pourra donc être demandé d'appliquer un plafond sur le nombre de patients inclus, afin de limiter le volume qui serait sans plus-value pour l'évaluation.

- **Quelles informations financières à fournir au stade de la LI ?**

Dans la LI, les principaux points qui sont analysés sont la recevabilité du projet et son intérêt pour le système de santé. Les informations financières n'ont donc pas besoin d'être détaillées à ce stade. Toutefois, si des informations peuvent déjà être fournies, elles pourront venir éclairer l'analyse du projet.

- **Un projet peut-il être financé par d'autres sources de financement que l'A51 (ex : financement PHRC (-programme hospitalier de recherche clinique) - ou BPI (-banque publique d'investissement) - ou FIR ARS) ?**

Le financement A51 n'a pas à être la source de financement exclusive du projet. Il peut être complété par d'autres sources. Dans ce cas, il est demandé de mentionner ces autres sources dans le CdC pour information, afin d'avoir une vision globale de la viabilité financière du projet. Il est recommandé de distinguer les charges relevant d'un financement A51 de celles couvertes par d'autres sources, en indiquant le statut de ces financements (obtenus ou à obtenir).

NB : ce co-financement intervient la plupart du temps au sein des CAI. Toutefois, dans le cadre du médico-social essentiellement, il peut y avoir un co-financement au sein de la prestation dérogatoire (cf. en lien la doctrine sur les particularités du secteur médico-social).

Autres sources de financement : faut-il le stipuler précisément dans le CDC (préciser la source) ?

Oui, il faut le préciser afin d'avoir un coût global de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation, mais bien indiquer la source de chacun de ces financements. *(Exemple de source de financement pouvant compléter le financement Article 51 : BPI pour les outils numériques, Fond d'intervention régional, subvention des conseils régionaux ou départementaux, fondations, Dons, etc.)*

Exemple : Le projet Ildys Bus Bucco-dentaire (région Bretagne), mis en œuvre dans le cadre de l'Article 51 est financé en partie par des dons, notamment pour une partie de coûts de structure (financement dans ce cas d'un bus buccodentaire et de matériel dentaire).

- **Le 51 peut-il financer des prestations relevant exclusivement du secteur médico-social ?**

Oui, c'est déjà le cas de plusieurs projets actuellement autorisés ou en cours d'instruction. Toutefois, le financement 51 relevant de crédits assurance maladie, il convient de distinguer les structures exclusivement financées par des financements hors AM (département ou Etat, par exemple les services d'aide à domicile ou les CHR), de celles qui bénéficient d'ores et déjà de financement AM (exemple : EHPAD, IME). Pour ces dernières, une expérimentation 51 est envisageable pour **tout type de projet portant sur le parcours des personnes accompagnées alors que** pour la 1^{ère} catégorie (soit les structures ne bénéficiant pas de financement AM), le financement dérogatoire 51 ne pourra porter que sur des prestations relevant d'un parcours de soins (meilleure coordination des professionnels, amélioration de l'accès aux soins...). En tout état de cause, ces financements 51 ne peuvent conduire à un transfert de financement entre les conseils départementaux et l'Assurance maladie.

- **Est-il possible d'avoir plusieurs projets régionaux rassemblés autour d'un socle commun tout en ne constituant pas un projet national ? Si oui, sous quelles modalités de financement ?**

Dès lors que plusieurs projets régionaux ont le même objectif, l'équipe 51 organise des sessions collaboratives entre les différents porteurs pour identifier les points communs entre les projets et mutualiser leurs expériences. Cette mise en commun peut conduire :

- À définir un socle commun à tous les projets avec des annexes spécifiques pour chaque projet. Les ARS sont alors en première ligne dans l'instruction des projets. Dans ce cas, le champ d'application territorial est considéré comme « régional », l'autorisation est délivrée par le DGARS et le financement des CAI sera donc assuré par le FIR (exemple : Equip'Addict) ;
- À aboutir à un projet d'envergure nationale avec des annexes spécifiant la particularité des déclinaisons locales (ces annexes étant de moindre importance que dans le cas supra) ; dans ce cas, le projet est autorisé par les ministres (champ d'application territorial national) et le financement des CAI sera alors assuré par le FISS (exemple : dispositif renforcé de soutien à domicile).

- **Comment gérer les marges d'erreurs dans les budgets une fois qu'ils ont été validés ?**

Le processus d'instruction 51 vise, avant autorisation, à estimer les budgets des expérimentations au plus juste, notamment pour faciliter les chances de généralisation en étant dès le départ et lorsque cela est possible, le plus proche des standards de fonctionnement habituellement constatés (repris dans les éléments de doctrine présentés dans ce guide).

Toutefois, dans certains cas exceptionnels et après avoir adopté le cahier des charges, il peut arriver que le budget doive être modifié.

L'avis du CTIS sera requis pour valider le caractère indispensable de cette dépense supplémentaire.

Il serait ensuite possible de pouvoir gérer les augmentations de budget, justifiées et étayées, par voie conventionnelle, directement avec l'Assurance maladie, dans un plafond de 10 % du budget FIR/FISS et un montant maximum de 0,5 M€.

- **La prestation dérogatoire et les CAI sont-ils soumis à la TVA? (à compléter)**

Les prestations de soins à la personne effectuées dans le cadre de l'exercice des professions médicales et paramédicales réglementées sont exonérées de la TVA (art 261 CGI).

La notion de prestations de soins recouvre les prestations ayant pour but de prévenir, diagnostiquer, soigner et, dans la mesure du possible, guérir des maladies ou anomalies de la santé (CJUE 2003).

Le champ des professions bénéficiant de cette exonération correspond aux membres des professions médicales et paramédicales réglementées par une disposition législative ou texte d'application d'une disposition législative soit les professions prévues par la 4^{ème} partie du code de santé publique mais également d'autres professions fournissant des prestations reconnues comme de qualité identique (ostéopathe, psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes sous certaines conditions, biologistes médicaux, et prothésistes dentaires). Il est à noter que les pharmaciens ne rentrent pas dans le champ de ces professions.

Par conséquent, les prestations dérogatoires financées dans le cadre de l'article 51 finançant des activités de soins au sens large délivrées par des professions réglementées ou assimilées sont exonérées de TVA.

Par ailleurs le versement de prestations de type intéressement (à la qualité ou à l'efficacité) ne présente aucun lien avec une prestation de service individualisée et n'est donc pas imposable à la TVA.

Par extension, il semble que les crédits d'amorçage et d'ingénierie puissent être également considérés comme des subventions non imposables et donc exonérées de TVA.

- **Quelle sont les structures éligibles à un financement au titre du 51 ?**

Toute structure peut percevoir un financement 51 au titre des CAI. En revanche, concernant la prestation dérogatoire, il est nécessaire de disposer soit d'un numéro Assurance Maladie (pour les professionnels de santé) ou d'un numéro FINESS (pour un établissement ou structure de santé) (cf. guide facturation pour plus de détails à ce sujet).

➤ Synthèse de fin de partie I

À la fin de cette 1^{ère} partie...

- ✓ Vous avez compris ce qu'est **un modèle économique** et le **plan de financement 51** qui y est adossé.
- ✓ Vous avez identifié les composantes du plan de financement et ce qui peut et doit y être intégré.
- ✓ Vous avez compris les attentes dans le cahier des charges sur les **impacts attendus** de votre projet.

Et la suite...

Dans la deuxième partie, il vous est proposé une méthodologie pratique pour construire le FORFAIT 51 et répondre aux principales questions suivantes :

- Quel modèle de financement choisir ? Comment utiliser une part variable ? Dans quelle situation mettre en place un financement à la séquence ?
- Quels outils sont à ma disposition pour estimer les coûts du projet ?

Partie II : Les bonnes pratiques pour choisir et construire son modèle de financement

➤ *Introduction*

Cette partie a pour objet de vous apporter des informations pour aider à la construction du forfait 51.

Il est proposé une méthodologie reposant sur 3 étapes :

Etape 1. Les questions préalables à se poser

Etape 2. Le choix du modèle de financement avec des conseils pour la construction de certains modèles innovants :

- Financement à la séquence
- Capitation
- Part variable (paiement à la performance et intéressement)
- Paiement horaire
- Modèle combiné

Etape 3. Des outils et des référentiels à utiliser pour bien calibrer ses coûts et son forfait 51

À noter : les étapes 2 et 3 peuvent être concomitantes ou inversées selon votre convenance.

Étape 1 : se poser les bonnes questions

Dans cette première étape, il s'agit de se recentrer sur le parcours patient, de bien définir son périmètre, afin d'être en mesure ensuite de répondre à l'ensemble des questions suivantes. Si ce n'est pas possible, alors il est conseillé de repartir sur le modèle organisationnel et de mieux le détailler. Ces questions se posent pour tous les modèles et permettent de définir quel type de modèle retenir pour le projet.

➤ *Les questions pour construire le modèle de financement*

Quand?

- Acte déclencheur de la rémunération dérogatoire: quand commence la prise en charge (et donc le modèle de financement) ?

Qui ? Quelle cible ?

- Quel(s) secteur(s) d'intervention : Ville, Hôpital, Médico social
- Quels professionnels sont impliqués (principaux/secondaires) ?
- Le profil du patient: quelle pathologie et pour quel type de population? Quels sont les critères d'inclusion et exclusion ?
- A chaque étape, quel est le pourcentage de patients concernés?
- Le parcours intègre-t-il plusieurs types d'acteurs: parcours collectif ou individuel?

Quoi ?

- Quelles actions sert cette expérimentation: préventif, curatifs
- Que finance t on ? Sur quelle durée ? A quel(s) coût(s) ?
- Quel acte/service?
- A chaque étape, quelle place de la coordination entre professionnels? (ne pas l'oublier!)

Comment?

- Quel modèle de financement théorique ?
- Quelle façon de financer: substitutif/complémentaire/mixte ?

Étape 2 : choisir un modèle de financement adapté aux objectifs du projet

➤ Choisir son modèle

Sont présentés ici les différents modèles de financement et leur définition. Un focus est fait sur les modèles les plus innovants, leur méthode de construction et leurs avantages et inconvénients.

- Le financement à la séquence
- La capitation
- Le paiement horaire
- La part variable
- Le choix d'un modèle combiné

➤ Modèles de financement actuels

Il existe actuellement une dizaine de modèles de financement théoriques, à choisir selon le type de projet envisagé. En annexe, vous trouverez leurs avantages et inconvénients.

Historiquement, le système de santé français est fondé sur des modèles de tarification à l'activité ou encore de paiement à l'acte.

Modèles théoriques	Définitions	Unités de mesure
Paiement à l'acte	Paiement suivant le volume et la nature des actes	Acte 
Prix de la journée	Facturation au tarif journalier	Journée 
Dotation globale	Montant déterminé en début de période sur la base des charges de cette entité de l'année N-1 et corrigée en fonction d'un taux d'évolution fixé en année N.	Charges 
Tarification à l'activité	Fixation d'un prix de séjour en fonction d'une classification de groupe homogène de séjours fondée sur la pathologie.	Séjour 

➤ Modèles de financement innovants

L'objet du dispositif 51 étant de faire évoluer les modèles, les financements innovants, développés ci-dessous, sont à privilégier dans la mesure du possible, dans la construction de la prestation dérogatoire.

Modèles théoriques	Définitions	Unités de mesure
FINANCEMENT A LA SEQUENCE	Rémunération forfaitaire collective et globale pour les différents acteurs qui interviennent dans une prise en charge spécifique pour un patient donné.	Séquence 
CAPITATION	Somme forfaitaire octroyée par patient pour sa prise en charge globale (suivi, prévention, dépistage, soin, etc.) indépendamment du volume de soins prodigués sur une période de temps définie.	Patients/patientèle suivis 
PAIEMENT HORAIRE	Facturation horaire du service indépendamment de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail.	Heure 
PART VARIABLE	Paiement incitatif complémentaire qui peut prendre deux formes : – Intéressement : le paiement est constitué des économies générées, calculées par indicateurs, partagées entre les acteurs et l'assurance maladie – Paiement à la qualité et/ou performance : le paiement est versé selon l'atteinte d'objectifs qualitatifs/quantitatifs définis par des indicateurs (structure, processus, résultats)	Économies générées 
		Indicateurs 

Le choix du modèle est très dépendant des caractéristiques du projet proposé et des objectifs auxquels il répond.

Le financement à la séquence de soins



➤ **Définition**

La séquence de soins est un mode de rémunération forfaitaire collectif et global pour les différents acteurs qui interviennent dans une prise en charge spécifique, pour un patient donné. Il aboutit à la création d'un ou de plusieurs forfaits moyennant le coût de la prise en charge pour une séquence de soins définie.

- **Dans quel cas le choisir ?**
 - La coordination est un élément majeur de la prise en charge
 - Projet proposant une prise en charge ciblée pour une population définie et dans une période donnée
 - Référentiels de sociétés savantes/nationaux permettant d'établir un modèle de prise en charge type
- **Quel champ d'action ?**
 - A privilégier sur des prises en charges ciblées, pour lesquelles il existe des protocoles ou recommandation détaillées permettant de disposer d'une description fine de la séquence
 - Peut associer plusieurs secteurs sanitaires (principalement ville/hôpital)

- **Financement substitutif ou complémentaire ?**

Le financement à la séquence peut être substitutif ou complémentaire selon qu'il intègre du droit commun dans le forfait ou non.

- **Financement collectif ou individuel ?**

Le financement à la séquence est toujours collectif, puisqu'il a pour objet de financer un ensemble d'acteurs intervenant dans le parcours.

➤ **Avantages et risques**^{*2}

- **Avantages** : incite les professionnels à bien se coordonner pour dégager si possible des gains d'efficience sur le forfait fixé
- **Risques** : la rémunération multi acteurs engendre un risque de complexifier le circuit de facturation et nécessite une bonne entente entre les professionnels pour définir les règles de répartition du forfait entre eux. Il peut également exister un risque de la sélection des patients

Les prérequis pour construire le financement à la séquence :

- Identifier une période pour la séquence, en identifiant des critères de début et de fin de la séquence

² Liste non exhaustive, les avantages/risques sont d'ordre pratico-pratique ici.

- Décrire précisément les prestations réalisées lors de cette séquence de soins (durée des prestations, professionnel(s) en charge) => cf. *page 30* exemple de tableau de construction)
- Donner une chronologie de réalisation des prestations à partir de l'inclusion (H+1, J+2)
- Indiquer le nombre de réalisations de chacune des prestations dans le cadre du parcours
- Indiquer, le cas échéant, les tarifs unitaires de chacune des prestations, soit à partir d'un coût/horaire, ou du tarif d'un acte
- Distinguer les prestations de droit commun et celles dérogatoires

- **Les bonnes pratiques de construction d'un modèle de financement à la séquence**

Si plusieurs « parcours » sont à développer en fonction par exemple de la sévérité des patients, il est recommandé de rechercher un regroupement des « parcours » les plus similaires, en évitant de dépasser plus de trois nouveaux forfaits à construire pour un seul projet.

➤ **Quelques exemples**

Lien parcours – modèle de financement

Première étape pour établir le financement à la séquence : établir le parcours patient et lister les interventions.

Exemple de tableau de construction :

Dans le forfait ou non	Etape du parcours	Qui réalise(nt) l'étape	Quoi ?	Où ?	Rôle par rapport à l'objet du projet	% de patients bénéficiaires	Chronologie dans le parcours	Fréquence de réalisation dans le parcours	Durée de la prestation	Coût unitaire de la prestation	Coût par patient	Droit commun / hors droit commun	Substitutif / complémentaire / S+C	Référentiel tarifaire
Oui ou non	Diagnostic / suivi / coordination	IDE / MT / etc.	Décrire succinctement les tâches effectuées	À domicile; hôpital; MSP; ...	Principal / secondaire concernant la prise en charge proposée	[100%-0%] X%	T0; H+... ; M+...	1 à X fois dans le parcours	10 min	YY€	=YY€*X%	Dire si la prestation relève du droit commun ou non	voir définition	NGAP; CCAM; Expé; ...
<i>Total par patient</i>											Additionner l'ensemble des coûts par patient des prestations incluses dans le forfait			
<i>Total/an expérimentation</i>											Multiplier le total par patient par le nombre de patient de la file active pour chaque année			
<i>Total expérimentation</i>											Faire l'addition du total/an			

Le tableau ci-dessus est une proposition de tableau type à construire lors de l'élaboration d'un financement à la séquence de soins.

➤ *Un exemple de financement à la séquence dans les projets mis en œuvre : épisode de soins*

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.

En 2018, le Ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ont lancé conjointement, trois appels à manifestation d'intérêt (AMI).

Un de ces AMI, **l'expérimentation EDS**, a pour finalité la mise en place d'un **financement à l'épisode de soins chirurgical**, comprenant l'amont, le séjour hospitalier et l'aval, en établissant un **forfait globalisé de l'ensemble des prestations réalisées par les acteurs impliqués, selon un périmètre défini**. Elle poursuit un objectif d'amélioration de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité des soins grâce notamment à une organisation fondée sur les bonnes pratiques de prise en charge et la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers. Elle concerne trois interventions chirurgicales : prothèse totale de hanche, prothèse totale de genou et colectomie pour cancer.

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 : il s'agit d'un **financement collectif**.

Le paiement vise à la fois les acteurs de l'établissement de santé 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 comprend toutes **les dépenses comprises dans le périmètre de l'épisode de soins, ville et hôpital**, pré, per et post-opératoire. Il couvre les ressources nécessaires à la **coordination**, intègre le risque de réhospitalisation et prend également en compte la qualité via un compartiment dédié.

Le modèle de financement, élaboré avec l'appui de l'ATIH, est fondé sur la base des dépenses observées nationales encadrées de l'assurance maladie (il ne s'agit pas d'un forfait à dire d'experts) en 2014-2016 et sera actualisé : GHS, GHT, GME, actes, honoraires (y compris les honoraires durant les séjours MCO, HAD dans le secteur privé lucratif et non lucratif). Le coefficient de spécialisation pour le SSR est pris en compte.

Deux types de parcours de base ont été identifiés (avec ou sans SSR/HAD) et il a été possible de déterminer statistiquement, en fonction des caractéristiques du patient, vers quel type de parcours le patient a le plus de chance d'être orienté (i.e. prédiction statistique des parcours). Chaque parcours correspond à des dépenses moyennes (forfait de base). Ces dépenses ont été ajustées en fonction des caractéristiques des patients.

Les forfaits comprennent :

- La période préopératoire** : consultation chirurgien, consultation anesthésiste, les soins infirmiers, actes de masseurs kinésithérapeutes (PTH et PTG uniquement) et consultations de médecine physique et de réadaptation (PTH et PTG uniquement) ;
- Le séjour initial opératoire** ;
- La période post-opératoire** : hospitalisations en lien avec le séjour initial (Hors molécules onéreuses et dispositifs médicaux de la liste en sus), consultation chirurgien, les soins infirmiers, actes de masseurs kinésithérapeutes (PTH et PTG) et consultations de médecine physique et de réadaptation (PTH et PTG)

Ils sont ajustés pour prendre en compte les facteurs de risques des patients et certaines caractéristiques du séjour initial.

Une enveloppe dédiée à la qualité sera redistribuée selon les résultats d'un score qualité calculé à partir d'indicateurs de processus, de résultats et de retours patients (questionnaires PREMs notamment) retenus lors des travaux de co-construction en lien avec la HAS et l'INCa.

Pour aller plus loin :

-  [Page dédiée à l'expérimentation EDS sur le site du ministère \(cliquer ici\)](#)
⇒ Rubrique « système de santé et médico-social » > « parcours des patients et des usagers » > « article 51 »
-  [Pour toute information : episodedesoins@sante.gouv.fr](mailto:episodedesoins@sante.gouv.fr)



➤ **Définition**

La **capitation**, encore appelée **paiement au suivi** dans le rapport Aubert [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf], est la somme forfaitaire octroyée par patient pour sa prise en charge de santé globale (suivi, prévention, dépistage, soins, etc.) :

- Indépendamment du volume de soins prodigués sur une période de temps définie,
 - Inscrit dans un environnement donné (défini par un type de population, un type de territoire, des types d'actes, etc.),
 - Éventuellement pour une pathologie donnée,
 - Sur une période de temps définie (annuelle/trimestrielle/mensuelle),
 - Souvent ajusté au(x) risque(s) du patient.
- **Dans quel cas le choisir ?**
 - Lors d'une prise en charge globale de santé, portée par une équipe, idéalement pluridisciplinaire, nécessitant une coordination intense des soins entre professionnels.
 - **Quel champ d'action ?**
 - Type de terrain : dans le cadre des projets A51, ce modèle est surtout testé dans le cas de projet de ville, mais les établissements de santé pourraient également prétendre à la prise en charge de population sous forme de capitation.
 - Ce type de modèle peut inciter à plus de prévention, mais est également testé dans un cadre plus curatif (cf. modèle PEPS).

- **Financement collectif ou individuel**

Il peut être collectif ou individuel (ne concernant qu'une seule structure/professionnel).

- **Financement substitutif ou complémentaire**

Il peut être substitutif et/ou complémentaire.

➤ **Avantages et risques**

- **Avantages** : permet de se soustraire de la problématique de la « course à l'acte », en se concentrant davantage sur la prévention, le dépistage, l'innovation dans les modalités de prise en charge (plus de séances collectives par exemple), de dégager du temps médical en amplifiant les délégations de tâches, etc. Il permet également une garantie de revenus pour le professionnel en cas de baisse d'activité (exemple : crise Covid).
- **Risques** : peut engendrer un risque de sélection de patient. Pour l'éviter, il est nécessaire de bien calibrer les forfaits par patient nécessitant des analyses statistiques préalables poussées.

➤ *Un exemple de financement à la capitation : le modèle PEPS*

PEPS = Paiement en Equipe de Professionnels de Santé.

Ce modèle est expérimenté pour une prise en charge de la santé globale des patients ayant déclarés leur médecin traitant³ dans des équipes structurées (MSP/CDS) pour inciter à une coordination renforcée entre MG/IDE.

Un des objectifs de ce projet est de dégager du temps médical, via une forte coordination entre MG et IDE, prenant la forme par exemple de délégations de tâches (mise en place de protocoles de coopération). C'est donc bien toute l'organisation de la prise en charge d'une patientèle qui est revue, que cette dernière soit atteinte de pathologie lourde, ou connaisse des épisodes aigus.

Ainsi, ce modèle d'organisation repose majoritairement sur un modèle de type capitation, **consistant à allouer aux MT et/ou IDE un forfait annuel modulé en fonction des caractéristiques de la patientèle**. Le forfait est :

- Collectif** entre les intervenants participants au projet
- Substitutif** aux actes exécutés actuellement auprès de ces patients (principalement les consultations et visites des MG/IDE, les actes techniques restant par exemple exclus).

Il s'agit également ici d'un **modèle combiné**, dans le sens où une part variable est allouée à chaque équipe sur la base de l'atteinte d'indicateurs de qualité, de satisfaction patiente, etc.

Il est également **complémentaire** car la ROSP et le forfait médecin traitant restent applicables.

³ Certaines équipes PEPS ne substituent les actes que pour les patients MT diabétiques ou que pour les patients MT âgés.



➤ Définition

Une part variable est un mode de financement qui est obtenu à partir des résultats d'indicateurs de structure/processus/résultat et/ou d'expérience patients :

- **Indicateurs de moyens** : ils mesurent la quantité de ressources humaines, matérielles, financières nécessaires à la mise en œuvre des processus de soins.
 - *Exemple : nombre d'actions de prévention mis en place par les professionnels*
- **Indicateurs de processus** : ils mesurent la qualité de la mise en œuvre d'une activité de soins du processus de prise en charge d'un patient ;
 - *Exemple : tenue du dossier patient, taux de réunions de concertation pluridisciplinaire*
- **Indicateurs de résultats** : ils mesurent directement, à l'issue de la mise en œuvre d'un processus de soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en
 - *Exemple : ré-hospitalisation à 30 jours, évènement thromboembolique après prothèse de hanche*
- **Indicateurs d'expérience ou de satisfaction patient** : ils mesurent le jugement porté par les patients sur la qualité de leurs soins (satisfaction, ex « êtes-vous satisfaits de la relation médecin-soignant ? ») ou bien la réponse à des questions objectives (expérience, ex : Les médecins ont-ils parlé devant vous comme si vous n'étiez pas là ? » ou « Combien de temps avez-vous attendu dans la salle d'attente ? »).
 - *Exemple : questionnaire E-satis, questionnaire expérience patient IPEP/PEPS*

Son montant est donc directement lié aux **résultats à la valeur** d'indicateurs pris indépendamment ou agrégés sous forme d'un score (système à points). Son montant peut être positif, nul ou négatif (en cas de dégradation des résultats par exemple). Dans ce dernier cas, il y a alors récupération selon des modalités qui sont à définir.

- **Les différents modèles de part variable identifiés**

Cette part variable peut revêtir deux déclinaisons possibles :

- **Intéressement** : elle repose sur un mécanisme de partage des dépenses évitées par le projet entre l'Assurance Maladie et vous, porteur de projet. Cela suppose d'être en mesure de calculer les économies (au sens moindre augmentation des dépenses) générées par le projet. Un % du montant de ces économies vous est reversé (exemple : 50 % comme dans IPEP)
- **Performance** : elle repose sur l'atteinte d'indicateurs fixés a priori dans le CdC.

- **Les formes possibles de la part variable :**

Elle peut prendre la forme :

- D'un bonus annuel (indépendante d'une autre prestation) ;

- Ou d'une modulation du forfait (qui peut être dérogatoire 51 ou de droit commun) : l'atteinte du résultat déterminera X % d'augmentation ou de minoration du forfait de base.
- **Dans quel cas la choisir ?**
 - Lorsqu'un objectif de qualité ou de performance mesurable est affiché
 - Pour inciter à l'autonomisation et à la responsabilisation d'un ensemble de professionnels dans une organisation
 - Pour favoriser la participation ou la sensibilisation de professionnels de santé qui ne seraient pas directement financés par le forfait dérogatoire. Cette modalité de financement n'étant pas liée à une charge directe à financer, elle permet en effet d'être soit réinvestie dans le projet, soit donnée comme rémunération complémentaire aux acteurs du projet.
- **Quel champ d'action ?**
 - Terrain : la part variable peut être mise en place sur les projets avec de forts enjeux de coordination et d'intégration des acteurs dans un territoire (ville/hôpital/...).
 - Peut financer de nouvelles organisations ou des projets à vocation préventive.

- **Financement collectif ou individuel ?**

Plutôt collectif.

- **Financement substitutif ou complémentaire ?**

Complémentaire.

➤ *Avantages et risques*

- **Avantages :**
 - Incitatif à la prévention, la qualité des soins et leur coordination, ainsi que la productivité globale du système
 - Centrer le regard des soins sur les résultats de la prise en charge pour le patient
- **Inconvénients :** aléatoire, inadapté pour le financement de charges fixes

Conseil

En raison de l'éventuelle complexité de construction et du choix des indicateurs, il peut être intéressant de :

- Mettre en place cette part variable dans un deuxième temps, au bout « d'une année blanche », le temps de définir une méthodologie de calcul des indicateurs. En revanche, dans ce cas, le choix des indicateurs doit être fait dans la mesure du possible dès la conception du projet ;
- Ou de prévoir une montée en charge de cette part dans les modèles 51 pour tenir compte du temps nécessaire à l'obtention des résultats. Par exemple, elle peut être facturée à taux plein en début de projet et se substituer au fur et à mesure de l'avancement du projet au forfait de base ou devenir en fin de projet l'unique source de financement du projet (exemple d'IPEP).

- **Quand est-elle versée ?**

Lorsqu'elle prend la forme d'un bonus, elle est versée en une seule fois au début de l'année suivante des résultats pris en compte.

- **Qui la calcule ?**

Elle repose donc sur le calcul d'indicateurs qui peut être fait soit directement par le régulateur (niveau local ou national) ou par vous-même si l'indicateur n'est pas calculable à partir des bases de données déjà existantes.

- **Les principes pour le choix des indicateurs**

- Ils doivent refléter l'efficacité/l'efficacité de la prise en charge — Eviter les indicateurs trop spécifiques au projet, mais plutôt favoriser des indicateurs qui incitent à la réalisation des objectifs du projet, dans un objectif de généralisation
- Favoriser la construction conjointe de cette part variable avec les expérimentateurs de votre projet.
- **Des indicateurs qui doivent idéalement être disponibles au fil de l'eau**, afin que vous puissiez ajuster votre comportement
- Trouver des indicateurs qui permettent aux acteurs de se comparer à une **cible** (régionale/nationale/TO) : bien **identifier cette cible le plus tôt possible**.
- Choisir un nombre limité d'indicateurs (environ 5) pour limiter la complexité de calcul et garantir la lisibilité du modèle pour les acteurs
- Respect des critères de validité, fiabilité, sensibilité et faisabilité
- Limiter des indicateurs de structure/moyens, utiliser des indicateurs de processus et favoriser si possible **des indicateurs de résultat**

https://www.eur.nl/sites/corporate/files/Frank_Proefschrift_0.pdf

Point de vigilance

Il n'appartient pas à l'évaluateur de calculer les éléments nécessaires au calcul de cette part variable.

➤ ***Un exemple de part variable : l'expérimentation IPEP (Incitation à une prise en charge partagée) ou responsabilité populationnelle***

L'expérimentation IPEP repose sur la mise en place d'une organisation territoriale multi-acteurs offrant un ensemble de services au bénéfice d'une patientèle donnée. Ce groupement d'acteurs partage collectivement une responsabilité envers une patientèle. Cette responsabilité collective implique que le groupement soit responsable d'une enveloppe de dépenses et de l'atteinte d'objectifs de qualité. Ce concept dit de « responsabilité populationnelle » a pour objectif d'inciter les acteurs à se fédérer autour d'un projet commun pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population

Il doit faciliter la mise en place d'organisations plus efficaces, permettant une meilleure qualité de soins pour les patients et une maîtrise des dépenses pour le système de santé.

Ce nouveau mode de financement est :

- Complémentaire aux modes de rémunération principaux (à l'acte ou à l'activité) = non substitutif
- Basé sur la qualité et la maîtrise des dépenses = conditionné à l'atteinte d'objectifs de qualité et de maîtrise de dépense
- Sans sanction financière en cas de non-atteinte des objectifs fixés = purement incitatif
- Versé à un groupement d'acteurs, libre dans l'utilisation qui en est faite = sans fléchage

L'intéressement collectif est versé au groupement, qui décide ensuite de l'utilisation qui en sera faite, selon la clef de répartition qu'il aura définie en amont dans le cadre de sa gouvernance interne :

- Consolidation du projet commun du groupement (ex : ingénierie de projet, mise en commun d'outils et de moyens) ;
- Et/ou versement aux personnes physiques ou morales membres du groupement.



➤ *Définition*

Paieement horaire du service indépendamment de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail.

- **Dans quel cas le choisir ?**
 - Quand un seul type d'intervenant réalise un grand nombre de prestations dans un temps imparti. Ces prestations sont parfois non calibrables et donc non rémunérées en tant que telles dans le droit commun actuellement, et pourtant effectuées.
- **Quel champ d'action ?**
 - Terrain : tous types d'acteurs
 - Préventif ou curatif

- **Financement collectif ou individuel ?**

Plutôt individuel.

- **Financement substitutif ou complémentaire ?**

Plutôt substitutif.

➤ *Avantages et risques*

- **Avantages** : permet une plus grande liberté d'action sans être contraint à n'effectuer que des actes rémunérateurs
- **Risques** : peut avoir des effets délétères en termes d'efficacité si aucun contrôle sur l'activité réalisée par ailleurs
- **Informations spécifiques nécessaires dans le cahier des charges**

Coût horaire brut chargé, avec en face la liste des tâches effectuées, idéalement, annexer une fiche de poste détaillée au CdC, avec le niveau de qualification, etc., surtout s'il s'agit d'un nouveau métier (médiateur, coordinateur, etc.).

Exemple de projet

Le projet Equilibre sur le modèle de « Buurtzorg ».

L'expérimentation a pour objet de mettre en place une forfaitisation au temps passé (et donc un paiement horaire) auprès des patients pour les soins infirmiers à domicile, associée à une évaluation standardisée et régulière de la situation des patients.

L'objectif poursuivi est de promouvoir un système de prise en charge en équipe, focalisé sur les patients, leur autonomisation et leur qualité de vie, plutôt que sur la production d'actes techniques.

Il est inspiré du modèle développé aux Pays-Bas par Buurtzorg.

Comment a été construit le paiement horaire dans le modèle Equilibre ?

Le tarif horaire a été établi à partir de la rémunération brute médiane des infirmiers libéraux exerçant à domicile.

Les forfaits et modèles combinés

➤ *Règles de bonnes pratiques – forfaits combinés*

✓ **6 modèles combinés (12%) sont mis en œuvre dans le cadre du dispositif Article 51**

Pour un projet 51, il est possible de recourir à plusieurs forfaits qui peuvent appartenir à un seul modèle (cas de la séquence de soins) ou à des modèles combinés.

Règles de bonnes pratiques pour choisir le nombre de forfaits le plus pertinent

Il est recommandé de moyenner le plus possible le coût de la prise en charge, afin de limiter le nombre de forfait(s), sauf si cette prise en charge est significativement différente, entraînant un coût trop divergent ; dans ce cas-là, faire plusieurs forfaits en justifiant l'intensité de la prise en charge du fait de la sévérité des patients.

Bien préciser les critères d'inclusion dans chacun des forfaits.

Sur quels critères peut-on cumuler plusieurs forfaits ?

- **Le(s) caractéristique(s) du patient** (sévérité d'une pathologie, âge, critères de vulnérabilité, etc.)
- Un coût d'entrée dans le dispositif pour la première période de prise en charge plus élevé que sur le reste de la période
- Un forfait de dépistage/diagnostic puis, selon les résultats, un forfait de prise en charge
- A ne pas faire : dégressivité d'un forfait selon la montée en charge du nb de patients inclus pour atteindre le forfait cible (cf. règles sur les CA)
- Les forfaits peuvent être :
 - **Dépendants** ou non ; par exemple, si le 1er forfait aboutit à un résultat positif de dépistage, alors le 2ème forfait s'enclenche, sinon pas de prise en charge, i.e. que la prise en charge s'arrête au forfait numéro 1 pour ce patient ;
 - **Cumulatifs** ou non ; par exemple, forfait 1 pour une prise en charge X + forfait 2 pour une prise en charge Y.

➤ *Les modèles combinés*

Le rapport Aubert ayant incité à la mise en œuvre de modèles de paiement combinés, qui peuvent permettre une réponse plus adaptée à la diversité des besoins des patients, il est encouragé de tester, dans les expérimentations, l'association de plusieurs modèles, par exemple en ajoutant une part variable à un autre modèle théorique.

Pour cette rubrique, la combinaison se fait en majorité en ajoutant une part variable à un autre modèle : voir donc la partie « part variable » (p 35)

Il n'est en revanche pas encouragé d'associer un trop grand nombre de modèles, sous risque d'une grande complexité, d'une perte de lisibilité pour les acteurs impliqués, et d'une impossibilité de généralisation.

➤ Quelles questions pour quel modèle de financement ?

Un modèle théorique est principalement défini par l'unité de mesure pour laquelle son forfait va être calculé (ex : XX€ / patient, XX€ par heure, XX€ / prothèse de hanche, etc.).

- Quel parcours ?

Pour le financement à la séquence, l'unité de mesure est le parcours patient. Il faudra donc définir de façon la plus détaillée possible le parcours patient au préalable, et la coordination prévue au sein du parcours.



- Quelle patientèle ?

Pour la capitation, l'unité de mesure est la patientèle cible. Il faudra donc avoir une attention particulière sur la population cible, son volume, ses caractéristiques.



- Quels indicateurs, quels objectifs ?

Pour la part variable, l'unité de mesure est l'indicateur ciblé. Il faudra être vigilant sur le choix d'indicateurs pertinents en lien avec les objectifs du projet.



- Quels actes, quelle qualification, quel coût ?

Pour le **paiement horaire**, il faudra se concentrer particulièrement sur le choix du coût horaire en regard des référentiels. D'autre part il faudra s'attacher à décrire précisément les actes et qualifications effectués durant cette heure pour l'évaluer correctement.



Étape 3 : identifier les coûts de référence pour le projet

➤ Introduction

Cette étape a pour objet de vous aider dans la **construction tarifaire** associée au modèle. Les informations qui vous seront communiquées dans cette partie ont vocation à évoluer, en fonction des décisions prises dans le cadre de l'article 51. Néanmoins, nous vous proposons un canevas à suivre pour vous permettre d'aboutir à cette construction tarifaire.

Il s'agit dans un premier temps de faire un rappel concernant deux notions : le coût et le tarif.

- ❑ **Le coût** représente la **valorisation de la mobilisation d'une ressource** pour un usage particulier. On parle de coût de production.
- ❑ **Le tarif** représente le montant qu'un opérateur est disposé à remettre à un autre en contrepartie de la cession d'un service. Un tarif peut être fixé par un tiers (le cédant), ou par une institution en vue de réguler un secteur.

La construction tarifaire va s'appuyer sur des coûts de productions (coût-horaire) et/ou sur des tarifs en fonction des informations disponibles (voir canevas p.**Error! Bookmark not defined.**).

L'équipe nationale sera vigilante aux références associées à la valorisation des étapes de la prise en charge. Il vous sera potentiellement demandé de justifier cette valorisation.

➤ Canevas de la valorisation de la prise en charge

Pour construire le tarif et sur la base de la description de la prise en charge, il vous est demandé de rechercher, dans cet ordre, s'il existe les informations suivantes :

1° Identifier si des tarifs similaires pour votre prise en charge existent dans le droit commun : NGAP, GHS, CCAM, NABM, forfait TND, etc.

⇒ Référentiel de droit commun

2° Si cela n'est pas possible, identifier des modèles tarifaires/de coûts publiés dans la littérature (guide CNSA, PRADO, etc.), pour valoriser sa prise en charge.

⇒ Référentiel de coûts

3° Si ces étapes ne vous permettent pas d'identifier un tarif pour votre prise en charge, en faire part à votre référent de l'équipe Article 51 pour qu'il vous accompagne sur ce point.

Référentiels de droit commun

- **Définition**

Les référentiels de droit commun font appel aux référentiels utilisés par les professionnels de santé et établissements de santé en vue de valoriser leur activité et pris en charge par l'Assurance Maladie. Ces référentiels reposent sur des textes réglementaires.

- **Que trouve-t-on dans ces référentiels ?**

- Des tarifs concernant des actes médicaux, infirmiers, biologiques, ...
- Des tarifs de séjours hospitalier

- **Comment pouvez-vous utiliser ces données ?**

Si la prise en charge réalisée relève, ou est similaire, à des dispositions de droits commun, il s'agit d'utiliser prioritairement ces référentiels.

Exemples :

- NGAP : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/680650/document/ngap-assurance-maladie-1er-mai-2020.pdf>
- CCAM : <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>
- NABM : http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/nabm/index_presentation.php?p_site=AMELI
- GHS : <https://www.atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had>

"Retrouve ton Cap" (Prévention Enfance et Obésité)	https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/12/20/SSAS1835455A/jo/texte
	https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/AAC-prevention-obesite-enfants-Cahier-des-charges.pdf

Référentiels de coûts

- **Définition**

Les référentiels de coûts externes à l'article 51 correspondent à des informations présentes dans la littérature qui permettent de valoriser une prise en charge. Ces référentiels sont relatifs à des études de coûts ou de salaires, à des rapports issus d'institutions nationales, ou peuvent correspondre à des expérimentations menées par des organismes d'Assurance Maladie. Ils sont considérés comme des référentiels dans ce cadre car ils permettent de fournir une aide à la fixation d'un tarif ou d'un coût pour une prise en charge donnée.

- **Que trouve-t-on dans ce référentiel ?**

- Des montants moyens de rémunérations annuelles des professionnels
- Des tarifs d'actes issus d'expérimentations menées

- **Comment pouvez-vous utiliser ces données ?**

Ces données s'utilisent essentiellement pour valoriser des prises en charges hors du droit commun.

Vous pouvez utiliser ces données, par exemple, en partant d'une rémunération annuelle d'un professionnel, afin d'établir un coût horaire permettant de valoriser une prise en charge.

Exemples :

Rapport Cour des Comptes (p.93)	https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-12/20191211-rapport-prevention-prise-en-charge-obesite.pdf
Accord de 2003	http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf
Expérimentation Ecout-émoi ARS IdF DSP Yvelines (CNAM) (p.104)	https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036375743&categorieLien=id http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-002r_.pdf
FDP MSA	http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-002r_.pdf http://femasco-bfc.fr/actualites/actu-partenaires/838-asept-msa-prise-en-charge-de-seance-dieteticien-et-psychologue.html
Prise en charge des thérapies non médicamenteuses (Expérimentation CNAM Morbihan)	http://www.psychologues-psychologie.net/attachments/article/506/AssuranceMaladie-Guide-pour-psycho-Remboursement-actes.pdf http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-002r_.pdf
PRADO	https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2017/2/28/SSAU1714969S/jo/texte

➤ Règles de bonnes pratiques — coût

- **À éviter, voire à bannir**
 - Inclure des tarifs non justifiés, c.-à-d. sans référence
 - Inclure des tarifs différents du droit commun pour des prestations s'y rapprochant (exemple : consultation longue du MG proposé à 50€ alors qu'elle est fixée à 46€ dans le droit commun)
- **Ce qu'il est possible de faire**
 - Utiliser des coûts-horaire pour tarifier une prestation non présente dans le droit commun
 - S'inspirer d'expérimentations déjà lancées pour financer des prestations non présentes dans le droit commun

Synthèse

A la fin de cette 2^{ème} partie...

- ✓ Vous avez compris quelle méthodologie appliquer pour construire votre forfait 51
- ✓ Vous avez identifié les questions clés à se poser selon le modèle de financement que vous deviez choisir
- ✓ Les différents modèles de financement existants vous ont été présentés et vous avez pris connaissance des points de vigilance et des méthodes à avoir pour utiliser différents modèles de financement innovants, à savoir :
 - Le financement à la séquence
 - La capitation
 - Le paiement horaire
 - La part variable
 - Les modèles combinés
- ✓ Vous avez compris comment construire les tarifs de votre forfait, et quels référentiels utiliser.
 - En premier lieu les doctrines
 - Les référentiels externes de coûts
 - Enfin, sans autres sources identifiées, les référentiels internes

Conclusion du guide

Pour conclure, une fois pensée la construction de votre organisation innovante de prise en charge centrée autour des patients concernés par votre projet, vous avez établi la prestation dérogatoire, son contenu et son calibrage, au plus juste afin d'atteindre la cible du nombre de patients à inclure sur la durée pour votre expérimentation. Suite à cela, vous avez alors établi d'une part le montant des crédits d'amorçage si besoin afin d'atteindre cette cible de façon graduée et d'assurer ainsi la viabilité de votre projet en début d'expérimentation, d'autre part le montant des crédits d'ingénierie pour le bon déroulé et pilotage de votre projet.

Les contributeurs de ce guide :

Adeline Townsend (article 51)

Fanny Traver (CNAM)

Camille Ruiz (DGOS)

Yann Lhomme (DSS)

Etienne Meunier (DSS)

Gabrielle Truelle (Article 51)

Les équipes de la CNAM, DSS, DGOS, équipe nationale Article 51, les agences régionales de santé.

Ce guide est donc amené à évoluer.

Il fera sans doute l'objet de mise à jour, il s'agit donc d'une V1 !

À ce titre, vous pouvez contribuer à l'améliorer en posant vos questions en tant que porteurs de projet à l'adresse suivante : RG-ART51@sante.gouv.fr

Annexes

Annexe 1 : avantages et inconvénients des modèles de financement

Avantages et inconvénients des modèles :

Modèle	Avantages	Inconvénients
Capitation	Augmente la prévention Augmente la couverture de la population Evite les actes inutiles	Place le risque financier sur le producteur de soin, peut inciter à une sélection des patients Incitation à diminuer l'offre de soin +/- la qualité
Paiement à l'acte	Augmentation de la quantité de soin, pas de risque financier sur le producteur de soin	N'incite pas à la prévention et à la coordination Peut conduire à la multiplication des actes
Prix de journée	Augmentation des services offerts	Augmentation de la durée de séjour (augmentation des coûts), diminution de l'efficience
Dotation globale	Simplicité, maîtrise des dépenses	Rationnement et sous provisionnement des soins, diminution de la qualité des soins, risque de sélection de patients
Paiement horaire	N'induit pas l'offre excessive de soin	N'encourage pas l'efficacité
Financement à la séquence	Favorise les regroupements d'acteurs, la coordination, le découplage Fondé sur les besoins du patient Incite à une uniformisation des coûts publics/privés	Complexité du circuit financier : rémunération multi acteurs nécessitant un partage entre professionnels du forfait Risque de la sélection des patients
T2A, paiement séjour	Incitation à la productivité Transparence du lien acte - financement	Baisse des recettes pour les établissements réalisant les actes les moins rémunérateurs, impact sur

		les effectifs et les investissements, Augmentation des actes inutiles, Diminution de l'efficacité, Risque de sélection des patients et des services offerts, « Up coding »
Intéressement	Autonomie du professionnel/de l'équipe de soin dans l'utilisation de cette somme Incitatif à la réalisation de gains d'efficacité	Déporte le risque sur l'équipe de soin Versement aléatoire, car conditionné à la réalisation d'économies Difficultés dans le calcul des gains économiques
Paiement à la performance	Incite à la qualité des soins et à l'augmentation de la prévention	Pas d'amélioration, voire aggravation des mesures non couvertes par le paiement à la performance

FINANCEMENT A LA SEQUENCE

➤ CHEZ NOUS

- Modèle le plus utilisé (33 projets, soit 67% des projets)
- 1 projet combinant financement séquence et part variable
- Toujours collectifs (propre de la séquence de soin)
- Des projets ville ou ville-hôpital en majorité
- Finançant en majorité du curatif

➤ AILLEURS

Un exemple d'épisode de soins (financement à la séquence) EDS en **maternité aux Pays Bas** (étude de l'IRDES) :

« Aux Pays-Bas, où est testé un mode de paiement à l'épisode de maternité, le modèle de financement a été le résultat d'un long processus. Les professionnels de santé ont identifié des problèmes dans la prise en charge de la maternité et ont établi une prise en charge plus intégrée pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Ainsi, le bundle soutient une organisation de soins en proposant des paiements intégrés pour un groupe de professionnels de santé qui se proposent de travailler ensemble. Le paiement global à l'épisode de maternité assure là encore que les professionnels impliqués ne soient pas perdants financièrement en améliorant la qualité ». (1)

(Michel, Lucie, et Zeynep Or. « Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays », s. d., 8.)

CAPITATION

➤ CHEZ NOUS

Au total 8 projets utilisent la capitation (17%)

1 projet combinant financement capitation et part variable

PAIEMENT HORAIRE

➤ CHEZ NOUS

- Un seul projet est financé au paiement horaire chez nous : le Projet EQUILIBRE
- Paiement substitutif, rémunérant l'infirmière pour des soins à domicile
- Pas de ciblage de population ou pathologie

➤ PAIEMENT HORAIRE ET CAPITATION AILLEURS

Dans plusieurs expériences étrangères, selon une étude de l'IRDES, le financement par capitation ou sur une base salariale des professionnels de santé facilite la collaboration entre eux, car la redéfinition des rôles ne représente pas un risque financier.

(Michel, Lucie, et Zeynep Or. « Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays », s. d., 8.)

PART VARIABLE

➤ CHEZ NOUS

- 5 modèles avec part variable (10%)
- Quasiment toujours associé à un autre modèle, un seul modèle seulement paiement à la performance

➤ AILLEURS

En Angleterre, de nouveaux contrats (les contrats d'incitations financières alignées, Aligned Incentives Contracts) sont testés comme une alternative à la T2A

(Michel, Lucie, et Zeynep Or. « Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays », s. d., 8.)

MODELES COMBINES CHEZ NOUS

- Les modèles combinés associent toujours un ou deux modèles à **une part variable**
- **6 modèles combinés (12%)**