



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023

JUILLET 2022

Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2023 (loi du 13 août 2004)

Les premiers enseignements des expérimentations de l'article 51

Au-delà des dispositifs de droit commun, le cadre expérimental de l'article 51 de la LFSS 2018 permet de tester d'autres modalités d'intéressement à la qualité. Ces intéressements sont généralement testés en complément d'un autre type de modèle économique, mais peuvent parfois faire l'objet de l'ensemble de la rémunération expérimentée. Ce cadre permet de tester la faisabilité de nouvelles modalités d'intéressement sur lesquelles baser de futures évolutions des dispositifs de droit commun. Parmi ces expérimentations on retrouve des initiatives novatrices ou visant explicitement à faire évoluer le droit commun.

On peut citer par exemple, l'¹²⁵ d'incitation à une prise en charge partagée (IPEP)¹²⁶ qui teste le concept de responsabilité populationnelle et qui 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. Le mécanisme de financement proposé prend la forme d'un intéressement collectif, sous forme de bonus qui repose sur les principes suivants :

- complémentaire aux modes de rémunération principaux à l'acte ou à l'activité,
- conditionné à l'atteinte d'objectifs de qualité et de maîtrise de dépenses, sans sanction financière en cas de non-atteinte des objectifs fixés,
- versé à un groupement d'acteurs, qui définit sa clé de répartition en amont dans le cadre de sa gouvernance interne,
- libre dans son utilisation, le groupement pouvant s'en servir soit pour consolider son projet commun (ingénierie de projet, mise en commun d'outils et de moyens, etc.), soit pour le reverser aux personnes physiques ou morales membres du groupement.

Une autre expérimentation appelée « *proxitime* » consiste à valoriser la transparence et la pertinence pour la chirurgie de la cataracte au travers d'un intéressement individuel par chirurgien, complémentaire au paiement à l'acte. Cette expérimentation vise à démontrer que la transparence sur des données de mesure de la pertinence, exprimées par le service médical rendu, améliore la pertinence des soins. Le moyen utilisé ici est d'impliquer les patients et praticiens dans l'évaluation de la pertinence des soins, en permettant aux praticiens de comparer leurs services médicaux rendus et leur performance opératoire. L'impact de la transparence sur l'amélioration des services médicaux rendus et la performance opératoire est alors mesuré. L'intéressement est ici calculé sur la base de la mise à disposition de données à visée comparative par les chirurgiens d'indicateurs de résultats rapportés par les patients (PROM). L'intéressement et donc dans un premier temps « à la transparence » puis dans un second temps aux résultats.

Un autre exemple est celui proposé dans le cadre de l'expérimentation « intéressement biosimilaires » qui décline une variante des modalités du CAQES. Les établissements de santé participants perçoivent une part variable calculée à partir de leur taux de prescription de médicaments biosimilaire délivrés en ville sur des médicaments identifiés. L'intéressement est calculé comme la différence entre le prix du médicament de référence et celui du biosimilaire, 30 % de la différence étant reversé à l'établissement et plus précisément au service prescripteur.

L'avancement de ces expérimentations en cours ne permet pas de statuer sur leur impact et leur efficacité n'est pas encore établie, on peut cependant en tirer certains enseignements opérationnels quant à la faisabilité de la mise en place d'intéressements à la qualité, en particulier lorsque l'on souhaite valoriser des économies potentielles liées à une prise en charge globale et mettre en place un partage de ces économies. Les premiers enseignements dans le cadre des projets issus de l'article 51 montrent en effet les difficultés liées à ce type de démarche de partage d'économies, proposée par certains porteurs de projet soucieux de démontrer l'efficacité et les économies générées par les prises en charge qu'ils proposent.

On peut à ce stade identifier deux niveaux de questionnement relatifs à l'introduction d'un tel mécanisme au sein d'une expérimentation de l'article 51, et plus largement dans un dispositif de droit commun :

¹²⁵ Les principes et modalités de l'expérimentation IPEP ont été exposés dans le rapport pour l'année 2022 (<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-changes-produits>), pages 202 et 203.

¹²⁶

C'est le cas pour cinq produits : Ibrance[®], Dupixent[®], Hemlibra[®], Praluent[®], Repatha[®] et Entresto[®]. Pour les trois autres produits ayant bénéficié d'un accès précoce avec des indications plus limitées, le champ des indications donnant droit au remboursement (droit commun) correspond aux indications de l'AMM.

Concernant la diversification des modalités d'incitation à la qualité, des dispositifs qui permettent de financer les conditions de la qualité doivent être expérimentés, notamment dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 :

- Définir avec les sociétés savantes les contours d'un dispositif de « **best-practice tariff** » en chirurgie, en se basant sur une étude de comparaison internationale sur ce dispositif. L'expérimentation pourrait porter sur deux épisodes de soins l'un en chirurgie orthopédique, l'autre en cancérologie sur une chirurgie soumise à des seuils d'autorisation. Ce dispositif pourrait être expérimenté en prolongement de l'expérimentation « épisode de soins ».
- **Expérimenter et développer le paiement à la transparence et au benchmark, comme première étape d'une diversification des modalités de financement à la qualité**
 - o Suivre les résultats de l'expérimentation « **PromTime** » menée sur la chirurgie de la cataracte et construire sur cette base le cahier des charges d'une expérimentation nationale qui pourrait être lancée en 2024.

Développer le recours à des indicateurs de description des pratiques qui permettent dans un premier temps de financer le recueil d'indicateurs cliniques de qualité ou des données nécessaires pour les calculer (payer pour voir) et aboutir à des registres cliniques. Il est important ici de rappeler que les modes de financement arrivent rarement à eux seuls à modifier les comportements mais qu'il faut les compléter d'actions complémentaires, qu'il s'agisse de publication des résultats, d'animation de communauté de professionnels, voire de formation pour accompagner l'amélioration des indicateurs utilisés.

Concernant les outils de mesure, il s'agit de trouver un juste équilibre entre des indicateurs fiables, opposables et reproductibles et donc calculés à partir de sources comme le SNDS, et des indicateurs plus fins et aujourd'hui encore trop souvent déclaratifs. Un autre équilibre est à trouver entre des indicateurs de parcours, de qualité et d'efficience, de moyens et de résultat. Un dernier équilibre porte entre des indicateurs descriptifs de et la perspective des patients. On peut à ce stade trois propositions :

- Réaliser un benchmark en France et international des outils numériques innovants permettant de recueillir et analyser de manière des indicateurs de mesure de la qualité, en ville et à l'hôpital,
- Organiser un concours d'innovation pour définir les outils de demain et notamment la contribution de l'intelligence artificielle dans la génération d'indicateurs automatiquement à partir des SI cliniques,
- Développer des indicateurs de résultats ou d'expérience rapportés par les patients en tirant les enseignements des expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 et dans la perspective d'une intégration de ces indicateurs dans mon espace santé et le portail des professions de santé.

3.3. Les résultats de la rémunération sur objectifs de santé publique à fin décembre 2021 : MT Adulste - MT Enfant - Cardiologue - Gastroentérologue – Endocrinologue

3.3.1 Principaux résultats

L'année 2021 a vu une grande majorité d'indicateurs s'orienter à la hausse traduisant un investissement renforcé des médecins libéraux sur les objectifs de santé publique.

L'année 2021 a vu une reprise positive des indicateurs pour la ROSP médecin traitant de l'adulte

Concernant la ROSP du médecin traitant de l'adulte, après la forte baisse observée l'an passé due à la pandémie, l'indicateur de dosages d'HbA1c chez les patients diabétiques progresse significativement (+2,0 points). Les deux autres indicateurs relatifs au diabète restent stables (légère baisse du dépistage de la maladie rénale chronique avec -0,3 point).

L'indicateur de dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients hypertendus s'améliore (+0,8 point) : 36% des médecins dépassent l'objectif cible.

Concernant les indicateurs de prévention, après la forte hausse des indicateurs grippe l'an passé avec la pandémie, les 2 indicateurs sont en baisse mais restent à un niveau supérieur à celui observé avant la pandémie, 61,2% des 65 ans et plus se sont vaccinés (56,4% en 2019 et 64,2% en 2020) et 37,0% des patients à risque (34,9% en 2019 et 40,9% en 2020).