

PILOTAGE

Les tarifications innovantes de l'article 51 vont nécessiter une évolution de la comptabilité analytique hospitalière

L'un des objectifs de l'article 51 est de faire diminuer la part de la rémunération à l'activité perçue par les établissements de santé. Des tarifications innovantes qui prennent en considération le parcours de soins d'un malade chronique ou un épisode de soins seront testées dans ce cadre. Cela remet en question le modèle économique des établissements de santé. Néanmoins, il s'agit d'une opportunité de pouvoir identifier des leviers d'amélioration des pratiques avec une modalité de financement centrée sur le patient et plus représentative des coûts réels. Pour cela, l'analyse des coûts des établissements de santé doit également traduire cette logique et des nouvelles méthodes de comptabilité analytique et d'outils de pilotage doivent être développés.

UN CHANGEMENT DU MODE DE RÉMUNÉRATION IMPLIQUE UN CHANGEMENT DES OUTILS DE PILOTAGE

Avant la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), le pilotage des établissements de santé s'orientait principalement vers le suivi des dépenses, puisque leur financement se faisait par une dotation globale.

Avec l'introduction de la T2A, les établissements de santé ont été obligés de se doter de nouveaux outils de pilotage afin de pouvoir bien suivre et comprendre leur activité. Aujourd'hui, tous les directeurs financiers s'appuient sur de nombreux indicateurs pour pouvoir évaluer la santé économique de leur établissement. Trois leviers majeurs du modèle économique des hôpitaux sont au cœur de leur performance :

- le volume des séjours ;
- le taux d'occupation réel (incluant les fermetures partielles des lits) ;
- l'IPDMS.

L'hôpital le plus efficient est celui où les capacités sont saturées et où la durée moyenne des séjours est la plus courte pour le GHM en question (IPDMS <<1).

A ces leviers globaux s'ajoutent les analyses de prix de revient par GHM ou groupes de GHM.

LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ INDUITE PAR L'ARTICLE 51 IMPLIQUE UNE REMISE EN QUESTION DE CE MODÈLE

L'un des objectifs de l'article 51 de la LFSS 2018 est de créer de nouvelles modalités de rémunération qui inciteront les différents acteurs à mieux se coordonner et à prendre en considération la globalité d'un parcours de soins

Le but ultime est de promouvoir la transition entre une tarification à l'activité vers **une tarification fondée sur la valeur** (*value-based healthcare*) et de pouvoir répondre à la question : comment pouvoir livrer la meilleure qualité de santé au meilleur coût ?

Deux difficultés surviennent pour y parvenir :

- pouvoir déterminer **les résultats en santé** ;
- pouvoir calculer **les coûts réels associés à ces résultats**.

Mariana BEIJA
Consultante Senior

Antoine GEORGES-PICOT
Directeur
GOVERNMENT HEALTHCARE

Dans ce nouveau paradigme, les établissements de santé sont mal outillés pour pouvoir déterminer leur positionnement et identifier les éléments de manœuvre. D'une part, l'insuffisance actuelle d'indicateurs de résultat en santé rend difficile l'évaluation de l'efficience des pratiques. D'autre part, la méconnaissance des coûts d'un parcours de santé d'un patient ne permet pas d'identifier les meilleurs leviers d'amélioration de l'efficience.

En effet, à l'heure actuelle, la comptabilité des hôpitaux se réalise d'une manière agrégée, au niveau des services, afin de vérifier si le remboursement obtenu via la T2A permet de couvrir l'ensemble des coûts. Les comptes des établissements s'équilibrent car certains services/activités sont excédentaires et compensent les déficits d'autres services/activités.

Il existe en pratique une presque totale méconnaissance du vrai coût d'un parcours de soins d'un patient, qui implique plusieurs services de l'hôpital, plusieurs épisodes de soins et d'autres professionnels de santé au dehors de l'hôpital.

Par exemple, le coût pour traiter un patient diabétique inclut non seulement les coûts liés au traitement endocrinologique mais également tous les coûts associés aux complications telles que les maladies vasculaires et rénales. Or, aucun établissement de santé n'est en mesure aujourd'hui de savoir quels sont les coûts globaux mobilisés annuellement pour traiter un patient diabétique au sein de l'établissement. Au mieux, les établissements de santé peuvent savoir quel a été le coût global de ce patient pour l'assurance maladie en requêtant le SNIIRAM. Néanmoins, la valeur remboursée par l'assurance maladie ne reflète pas forcément le coût des moyens mobilisés par les acteurs de santé.

Par ailleurs, si on considère les actions nécessaires à un certain niveau de qualité de santé, certains coûts ne sont pas bien compris ou même pris en compte. Il est donc essentiel que les établissements se donnent les moyens de calculer les coûts, par exemple les coûts de coordination dans le parcours du patient en RAAC afin de pouvoir négocier les nouvelles rémunérations. Cela peut mener à contrario à une diminution de l'efficacité du système en désincitant les établissements de santé à faire des changements dans leurs processus qui mèneraient à une diminution des activités qui sont remboursées par l'assurance maladie et à une augmentation des activités qui ne le sont pas aujourd'hui.

PROFITER DE L'ARTICLE 51 POUR REPENSER SON MODÈLE ÉCONOMIQUE

Les paiements forfaitaires pour des épisodes et / ou des parcours de soins font partie des différents types de financement innovant qui seront expérimentés dans le cadre de l'article 51. Ces rémunérations forfaitaires seront très probablement modulées à la qualité : une part de la rémunération que recevront les établissements de santé dépendra directement de l'atteinte de certains résultats en santé.

D'un côté, cela demandera aux établissements de recueillir et de suivre un nombre d'indicateurs de résultats en santé : la survie, la durée totale des soins (au-delà du séjour hospitalier), le confort, le taux et les types de complications, les taux d'infections, les taux de réadmission et de recours aux urgences et les scores de satisfaction du patient.

D'autre côté, il sera également nécessaire de pouvoir déterminer le vrai coût d'un parcours de santé de qualité. Très probablement, la rémunération perçue par un établissement deviendra de plus en plus dépendante du niveau de qualité, non seulement des soins perçus au cours d'un séjour hospitalier, mais de l'ensemble de la cohérence du parcours de santé du patient.

Or, ces données n'étant pas disponibles aujourd'hui, il existe un risque d'utiliser des raccourcis pour déterminer un prix forfaitaire qui ne reflète pas la réalité et de perdre l'opportunité de repenser structurellement le système.

En effet, si les établissements de santé ont une vision limitée du coût global d'un parcours de santé du patient, l'assurance maladie a une connaissance exacte des montants globaux qu'elle verse par patient. Il est ainsi plausible que les prix des forfaits soient déterminés sur la base des coûts historiques, aux niveaux de remboursements actuels de l'assurance maladie.

Par exemple, pour un des paiements par épisodes de soins pour une prise en charge chirurgicale, la proposition de remboursement faite dans le rapport de la CNAM de 2017 était de prendre le GHS actuel et de rajouter un montant additionnel pour

les complications et reprises. Avec ce calcul, la somme totale payée par l'Assurance Maladie pour les complications resterait strictement identique, ça serait la redistribution entre établissements induite par ce forfait qui créerait l'incitation financière.

Or, face à un tel modèle de calcul, les établissements de santé n'apprennent rien sur les éventuels inducteurs de coût ou les leviers qui permettraient d'améliorer la qualité et / ou de réduire vraiment les coûts de prise en charge.

TROUVER UNE MÉTHODE ADAPTÉE DE CALCUL DES COÛTS

Cette question s'est déjà posée outre-Atlantique après le lancement des « *bundled payments* » par Medicare & Medicaid ainsi que par certains assureurs privés.

Afin de mieux s'armer face aux payeurs et de mieux comprendre, certains établissements de santé aux États-Unis se sont prêtés à utiliser la méthode de comptabilité time-driven activity based costing (voir encadré).

Cette méthode paraît à un premier regard très complexe et nécessite un recueil de données de coûts et de temps dont les établissements de santé ne disposent pas aujourd'hui. Néanmoins, il serait de l'intérêt des hôpitaux d'investir du temps pour pouvoir tracer ses coûts par patient pour les pathologies pour lesquelles un changement dans le mode de remboursement est probable.

Deux grands avantages sont à la clé :

- une **meilleure estimation des coûts réels** du parcours du patient permettra d'avoir un argumentaire solide qui facilitera les négociations avec l'assurance maladie pour la détermination des prix forfaitaires ;
- une **meilleure connaissance** des coûts de chaque étape du parcours de soins permettra aux directeurs d'établissement d'identifier les étapes moins efficaces et prendre des actions pour améliorer ses process.

TIME-DRIVEN ACTIVITY BASED COSTING

Cette méthode a été développée par Kaplan et Anderson. Elle est une amélioration de la fameuse méthode ABC, mais plus simple à utiliser puisqu'elle nécessite uniquement deux paramètres pour chaque étape d'un process :

- le coût de chaque ressource utilisée dans le process;
- le temps que le patient passe avec chaque ressource.

Cette méthode permet ainsi de déterminer les coûts consommés par le patient au travers du système de santé, en personnel, équipement, fournitures, utilisation de l'espace, etc.

Cela implique de déterminer les coûts, les séquences et la durée de toutes les procédures cliniques (des consultations, des traitements, ...) et administratives du patient.

L'objectif est de déterminer le coût du parcours prédominant du patient pour la pathologie pour laquelle un forfait sera mis en place. Pour cela, il faut :

1. Déterminer le **début et la fin de la période de soins** et déterminer les **complications associées et les comorbidités** qui affecteront les processus et les ressources.
2. Définir la **chaîne de valeur du parcours de soins**, pour cela toutes les activités réalisées au cours du parcours de soins doivent être identifiées. La chaîne de valeur de la prestation de soins comprend l'ensemble des étapes du parcours de soins, typiquement la prévention, le diagnostic, la préparation, l'intervention, le rétablissement et le suivi.

3. Développer des **cartes de process pour chacune des activités** identifiées dans l'étape précédente en listant toutes les ressources capacitaires (personnel, lieux, et équipements) utilisées directe et indirectement afin de pouvoir fournir les soins nécessaires au patient

4. Obtenir des **estimations de temps** pour chaque étape du process et pour chaque ressource nécessaire au process. Pour des process de courte durée, pas très chers et qui ne varient pas entre les patients, des temps standards doivent être utilisés. Pour les activités chronophages le temps réel doit être mesuré.

5. Déterminer le **coût de chaque ressource**. Cette étape est déterminante et doit inclure tous les coûts associés à cette ressource (salaires chargés, mais aussi pro rata du temps de supervision, bureautique, informatique, utilisation des locaux).

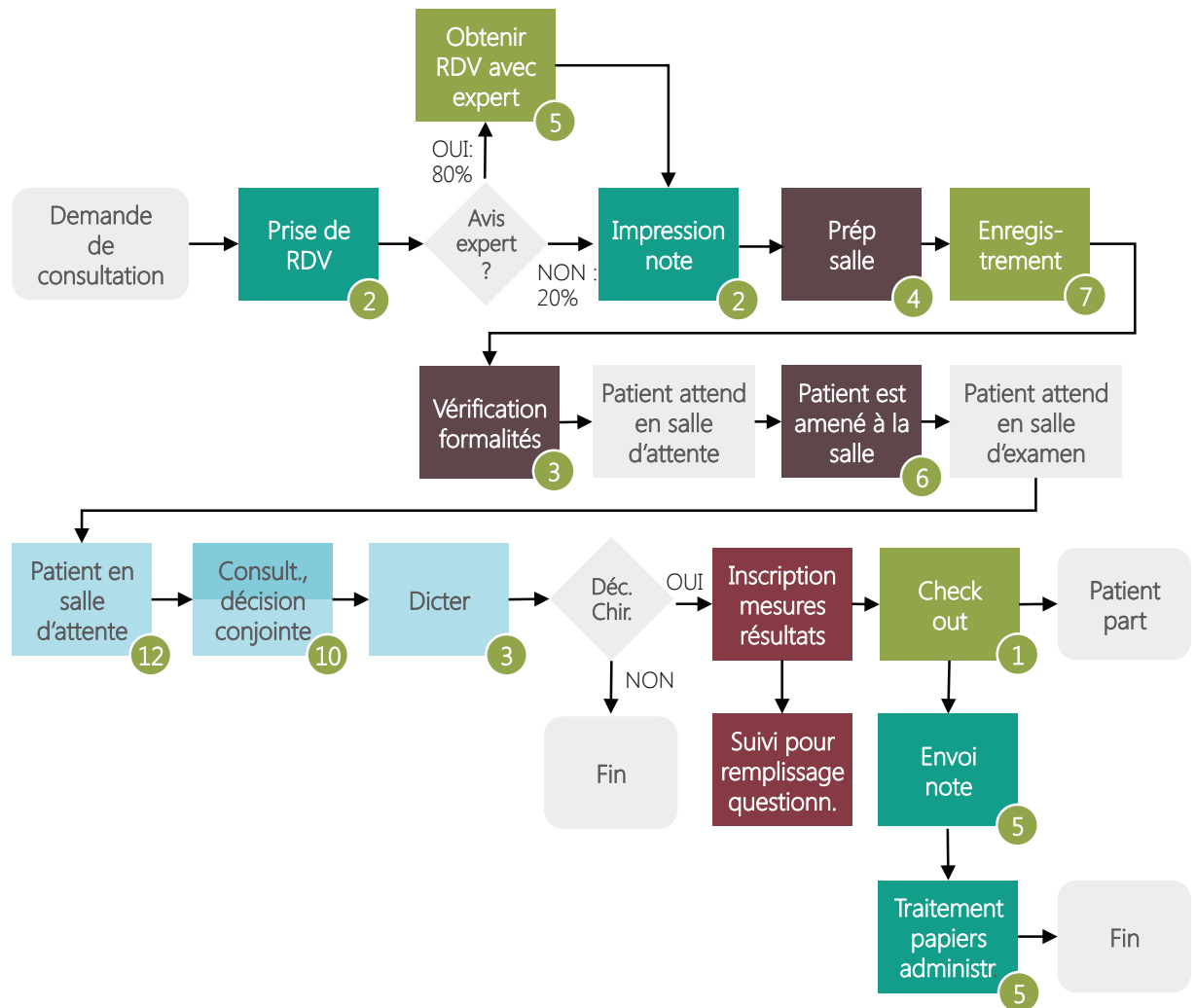
6. Estimer la **capacité disponible de chaque ressource** et calculer le coût de la capacité de la ressource qui est tout le temps que la ressource est disponible pour travailler.

7. Déterminer le **coût de la capacité de la ressource** en utilisant la formule suivante :

$$\text{Coût de la capacité de la ressource} = \frac{\text{Dépenses qui peuvent être attribués à la ressource}}{\text{Capacité disponible de la ressource}}$$

8. Enfin, calculer le coût total des soins du patient en multipliant le coût de la capacité de la ressource (calculé en 7) par le temps calculé en 4 pour chaque ressource et faire la somme pour toutes les ressources.

En effet, cela a été le cas des établissements nord-américains qui ont appliqué cette méthode tels que le MD Anderson Cancer Center, le Hoag Orthopedic Institute, le Rothman Institute et le Boston Shoulder Institute (Figure 1).



Légende :

 Administrateur Ortho	 Assistant recherche	 1 Durée en minutes
 Assistant administratif	 Médecin orthopédiste	
 Assistant clinique	 Interne	

Par exemple, le Rothman Institute a pu changer ses protocoles de sortie, utiliser des meilleurs régimes de gestion de la douleur et diminuer les coûts des implants et des fournitures. Les autres établissements ont également pu :

- identifier et éliminer des variations de process ou des procédures qui ne rapportent une amélioration dans les résultats de santé
- optimiser l'allocation des ressources et identifier où une augmentation des ressources pourraient améliorer la qualité, notamment à travers :
 - une utilisation plus appropriée des salles et des équipements disponibles;
 - la délégation de tâches.
- accélérer la durée totale du par : par exemple la réduction du temps que les patients doivent attendre vont réduire la demande de supervision des patients et d'espace;
- optimiser l'ensemble des parcours de soins.

L'investissement nécessaire pour pouvoir mettre en pratique cette méthode et obtenir toutes les données. Par exemple, pour ce faire, le centre de la tête et du cou du MD Anderson Cancer Center a mis en place une équipe projet constituée d'un chef de projet, d'un coordonnateur, d'un expert de cartographie de process, des financiers et des managers exécutifs et cliniques. Pour chaque étape des process étudiés, 40 heures de travail ont été nécessaires pour en obtenir une cartographie.

UTILISER LA PÉRIODE D'EXPÉRIMENTATION POUR CALCULER LES COÛTS

L'un des avantages de la manière choisie par le gouvernement pour mener la transformation du système de santé est que cela laisse le temps à l'expérimentation. Effectivement, les expérimentations de l'article 51 peuvent avoir une durée jusqu'à 5 ans et des fonds seront spécifiquement dédiés au management de projet.

La période initiale des expérimentations sera ainsi principalement consacrée à une période d'apprentissage. Les établissements de santé ont tout l'intérêt à utiliser cette période pour basculer d'un système de comptabilité centrée sur les services vers un système de structuration des coûts centrée sur le patient. Pour cela, il faudra prévoir des équipes projet qui se pencheront sur cette question pendant les premières années de l'expérimentation et de réfléchir aux modifications, notamment en termes de recueil de données, qui seront nécessaires.

CONCLUSION

L'un des principaux freins au développement des modes de financement alternatifs est le manque de connaissance des données des coûts réels associés à la prise en charge.

La santé est un secteur où il est effectivement possible d'améliorer les résultats en diminuant les coûts globaux si les dépenses sont effectuées plus en amont : un dépistage précoce permet un meilleur pronostic d'une maladie. Aujourd'hui, la manière par laquelle sont rémunérés les hôpitaux n'incitent pas forcément à changer les comportements. En effet, un changement de stratégie vers une meilleure prévention et amélioration de la santé peut représenter une baisse des recettes de l'établissement.

L'article 51 prévoit de faire évoluer les systèmes de rémunération. Par conséquent, il est important de comprendre toute la dynamique existante et de bien allouer les ressources aux points du système qui conduiraient à la meilleure qualité de soins.

Références

T. Rothenhaus, J. Fox, « 3 keys to shifting how we pay for health care », *Harvard Business Review*, 25 septembre 2015.

D. A. Haas, R. S. Kaplan, D. Reid, J. Warsh, M. E. West, « Getting bundled payments right in health care », 19 octobre 2015.

M. Witkowski, L. Higgins, J. Warner, M. Sherman, R. S. Kaplan, « How to design a bundled payment around value », *Harvard Business Review*, 3 octobre 2013.

R. S. Kaplan, M.E. Porter, « How to solve the cost crisis in health care », *Harvard Business Review*, septembre 2011

H. W. Albright, T. W. Feeley, « A cancer center puts the new approach to work », *Harvard Business Review*, septembre 2011

CNAM, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'assurance maladie pour 2018 », juillet 2017.

R.S. Kaplan, S.R. Anderson, « Time-Driven Activity-Based Costing: a simpler and more powerful path to higher profits », *Harvard Business Review*, 2007