

Les modèles de rémunération : un regard international



Sommaire

- **Les modes de rémunération: un panorama des tendances depuis une dizaine d'années**
- **Une évolution vers la mixité des modes de paiement**
- **Le développement du paiement à la performance**
- **Bundled payments (forfaits par patient, par pathologie, par épisode de soins), capitation ajustée et shared savings**
- **Conclusion**

Sommaire

- **Les modes de rémunération: un panorama des tendances depuis une dizaine d'années**
- Une évolution vers la mixité des modes de paiement
- Le développement du paiement à la performance
- Bundled payments (forfaits par patient, par pathologie, par épisode de soins), capitation ajustée et shared savings
- Conclusion

Les modes de rémunération: un panorama des tendances depuis une dizaine d'années

"There are many mechanisms for paying physicians; some are good and some are bad. The three worst are fee-for-service, capitation, and salary."

*James C. Robinson
(Theory and Practice in the Design
of Physician Payment Incentives, 2001)*

Ce qu'on sait des modes de rémunération « classiques »

- Il n'y a pas *un bon* système de paiement des professionnels – Les différentes modalités de rémunération ont toutes des impacts sur les comportements
- Notamment les modalités qu'on oppose traditionnellement (paiements à l'acte et rémunérations forfaitaires) ont toutes des inconvénients : le paiement à l'acte peut induire des services excessifs, inappropriés, fragmentés ; la capitation peut induire une sous qualité de service au patient et de la sélection ; le salaire peut induire une sous-productivité globale
- Il ne s'agit pas que de raisonnements abstraits : de nombreux travaux empiriques confirment ces prédictions théoriques
- Aucun de ces systèmes ne récompense la qualité ou l'efficacité (dans tous les cas l'incitation porte sur la quantité)

Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années



**Mixité des
modes de
paiement**

Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années

Mixité des
modes de
paiement



Ex actes + forfaits, ou
activités sorties du
paiement forfaitaire

Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années

Mixité des modes de paiement

Ex actes + forfaits, ou activités sorties du paiement forfaitaire

Restent des incitations quantitatives

Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années

Mixité des modes de paiement

Ex actes + forfaits, ou activités sorties du paiement forfaitaire

Restent des incitations quantitatives

Mesure/rémunération de la qualité/performance

Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années



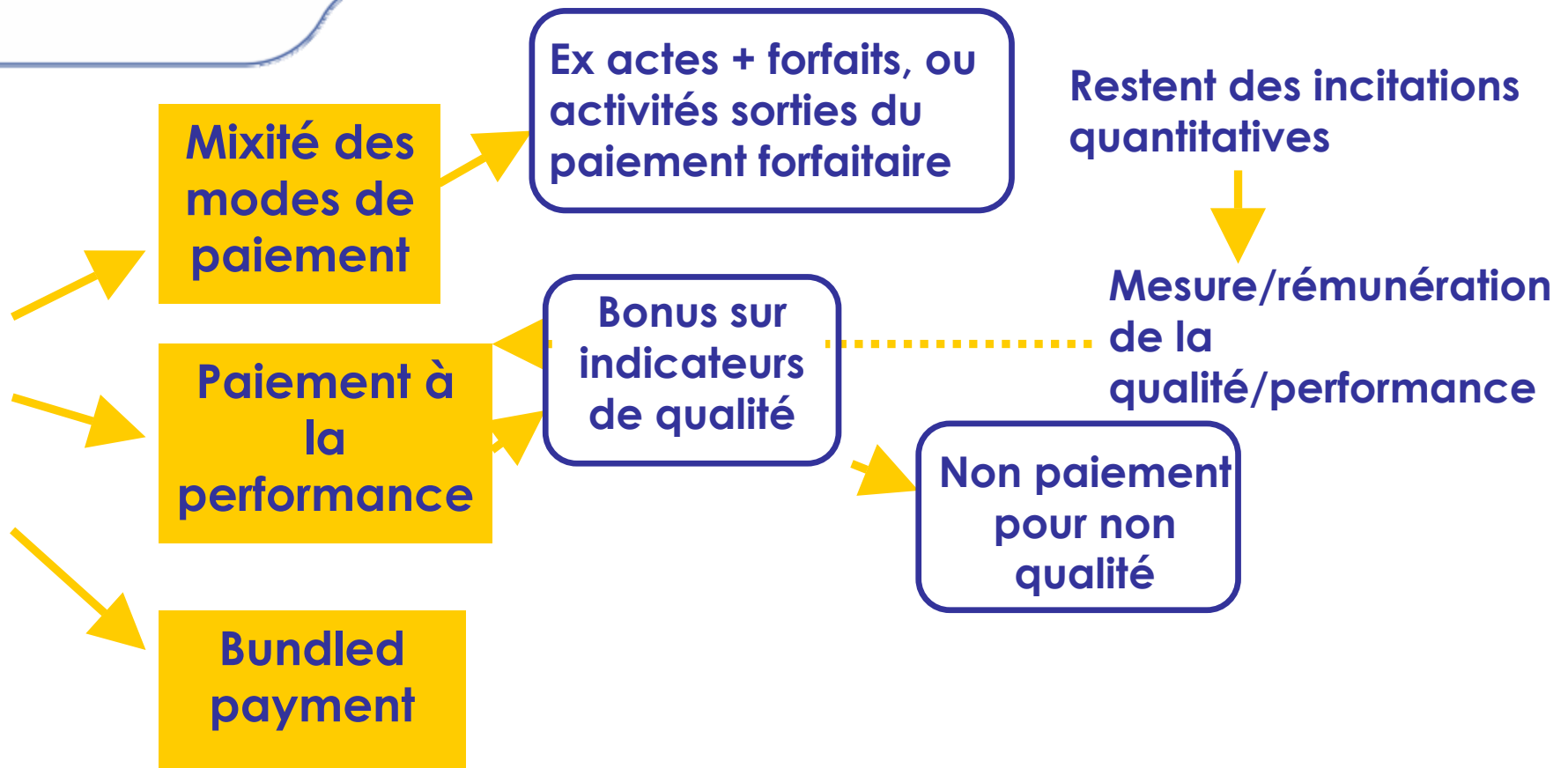
Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années



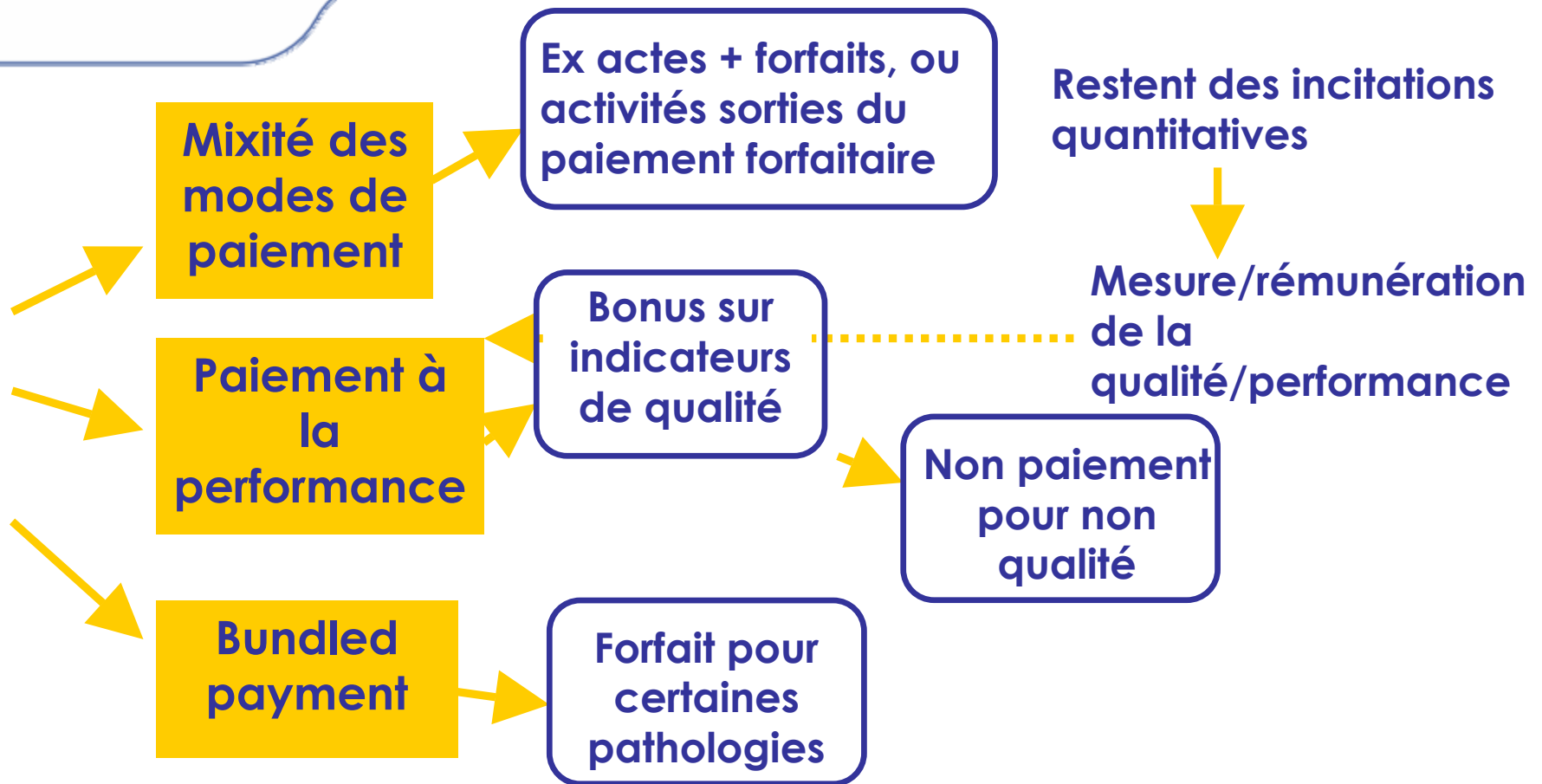
Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années



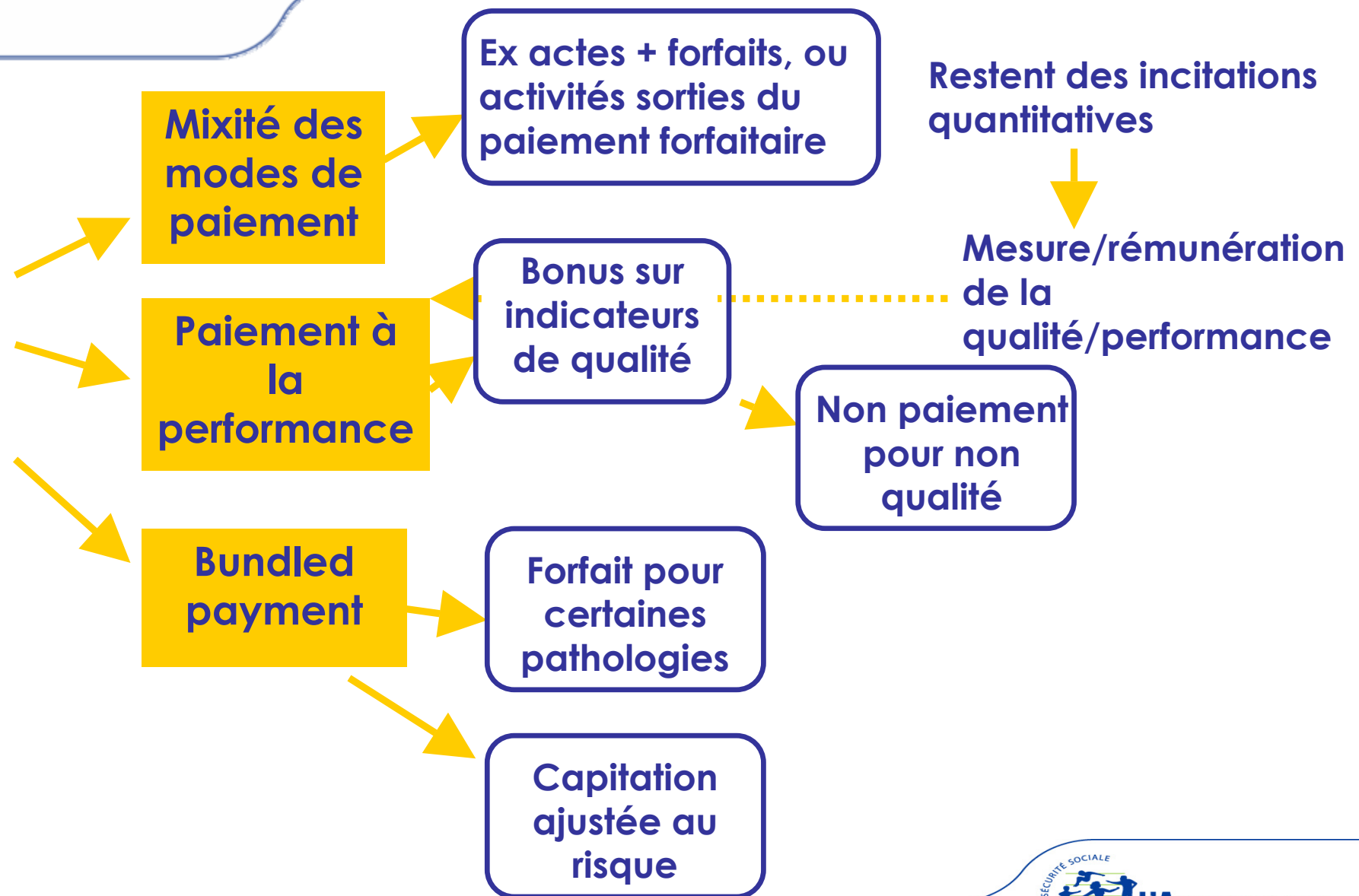
Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années



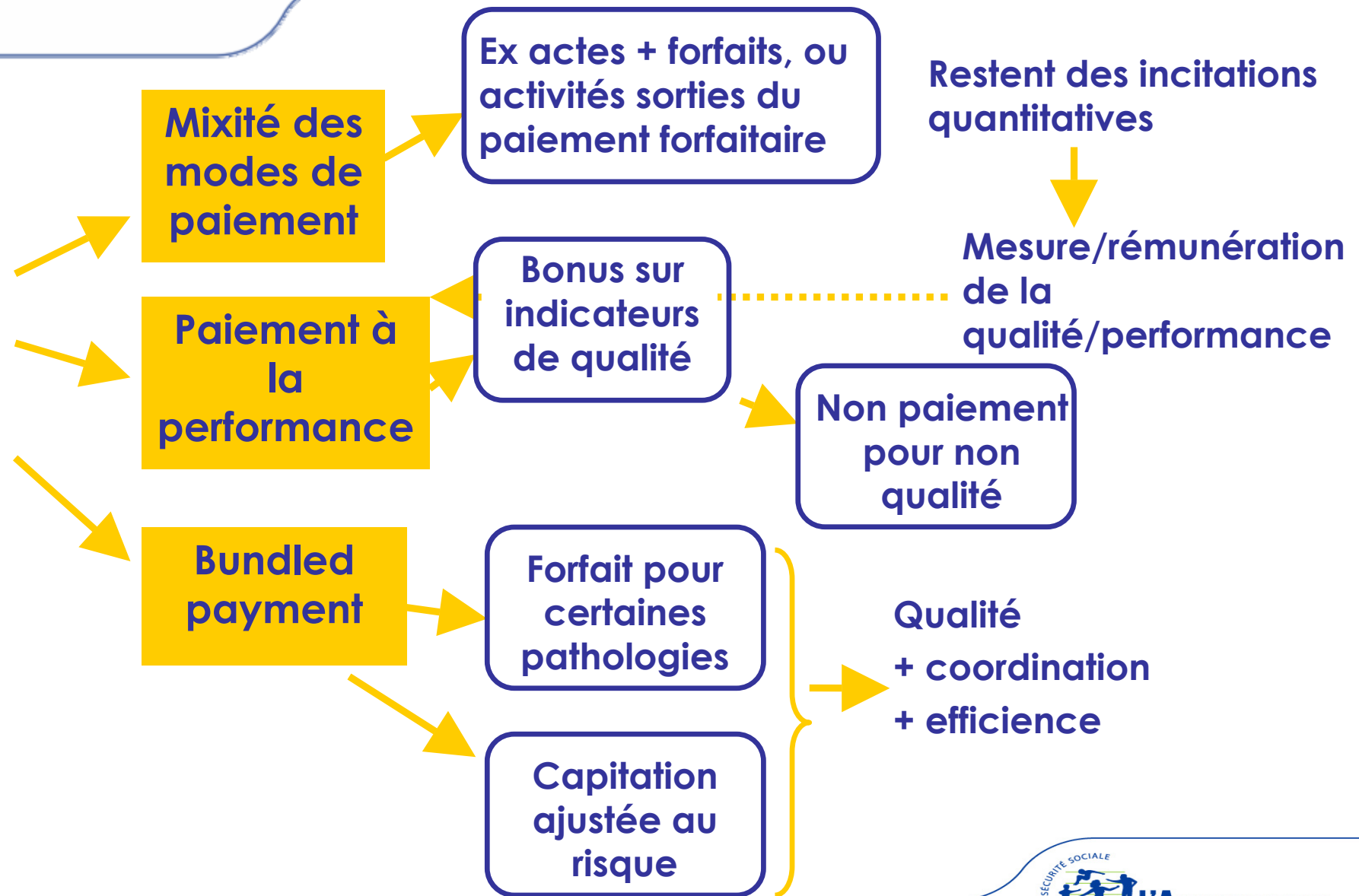
Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années



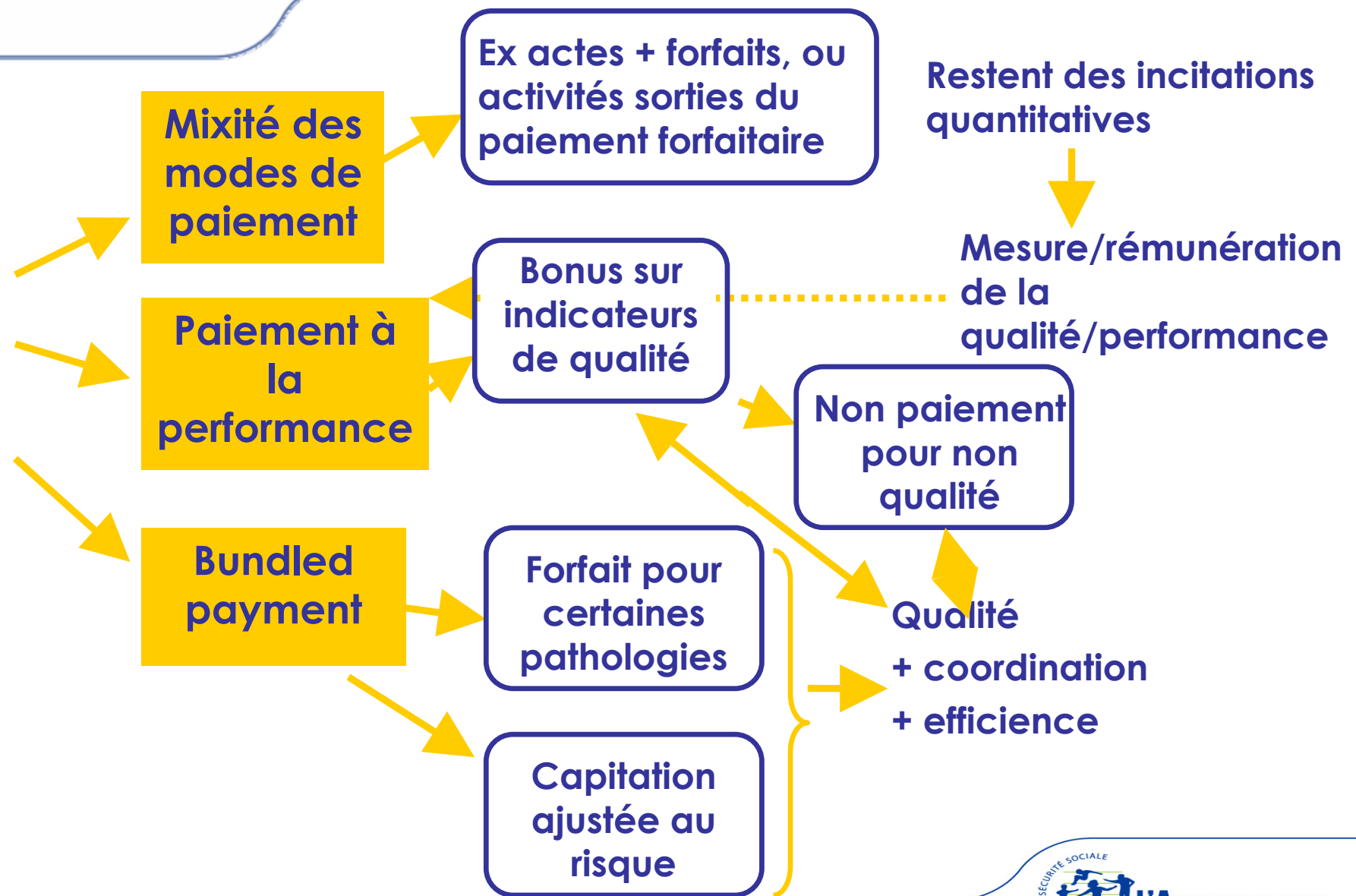
Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années



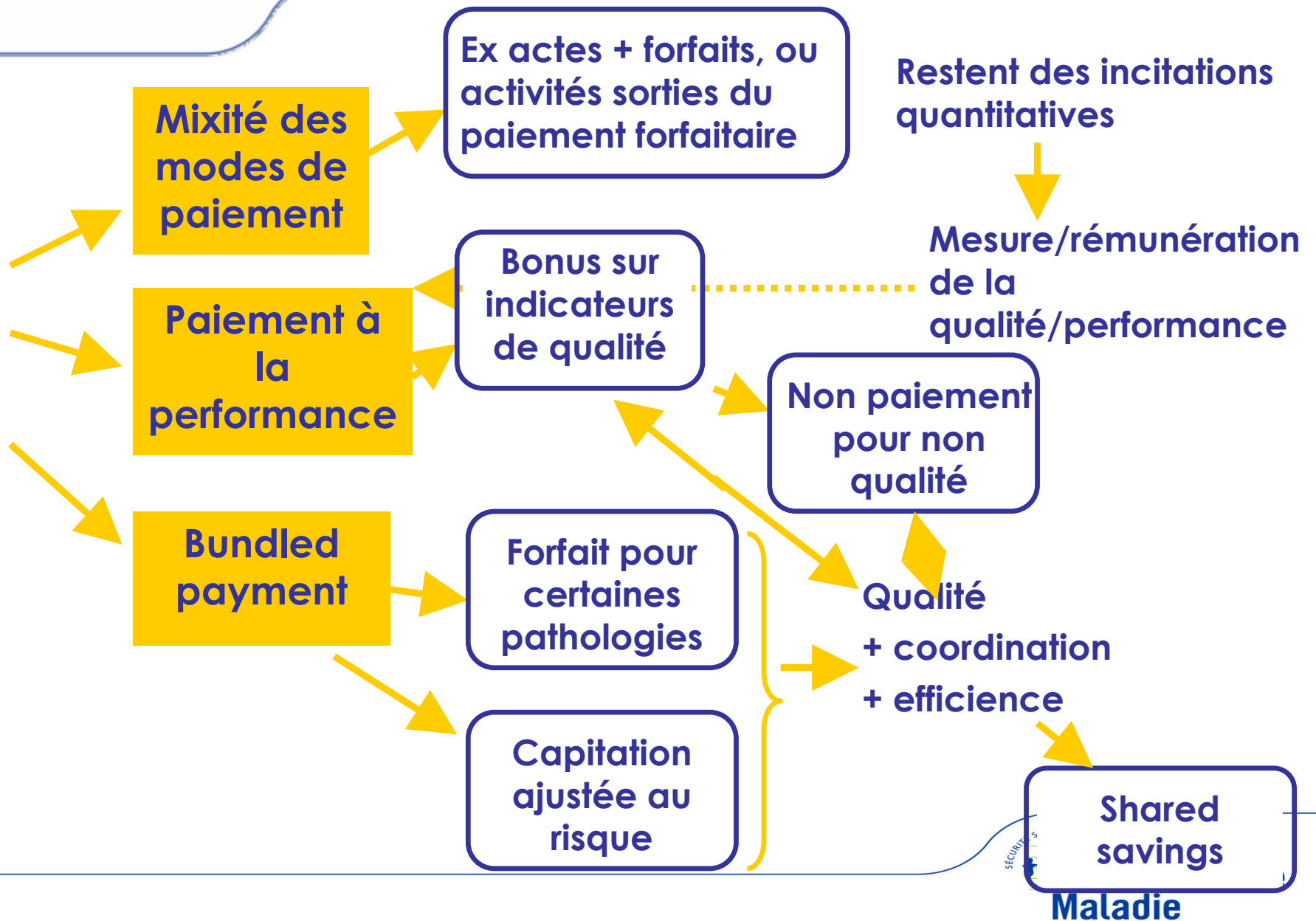
Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années



Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années



Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années



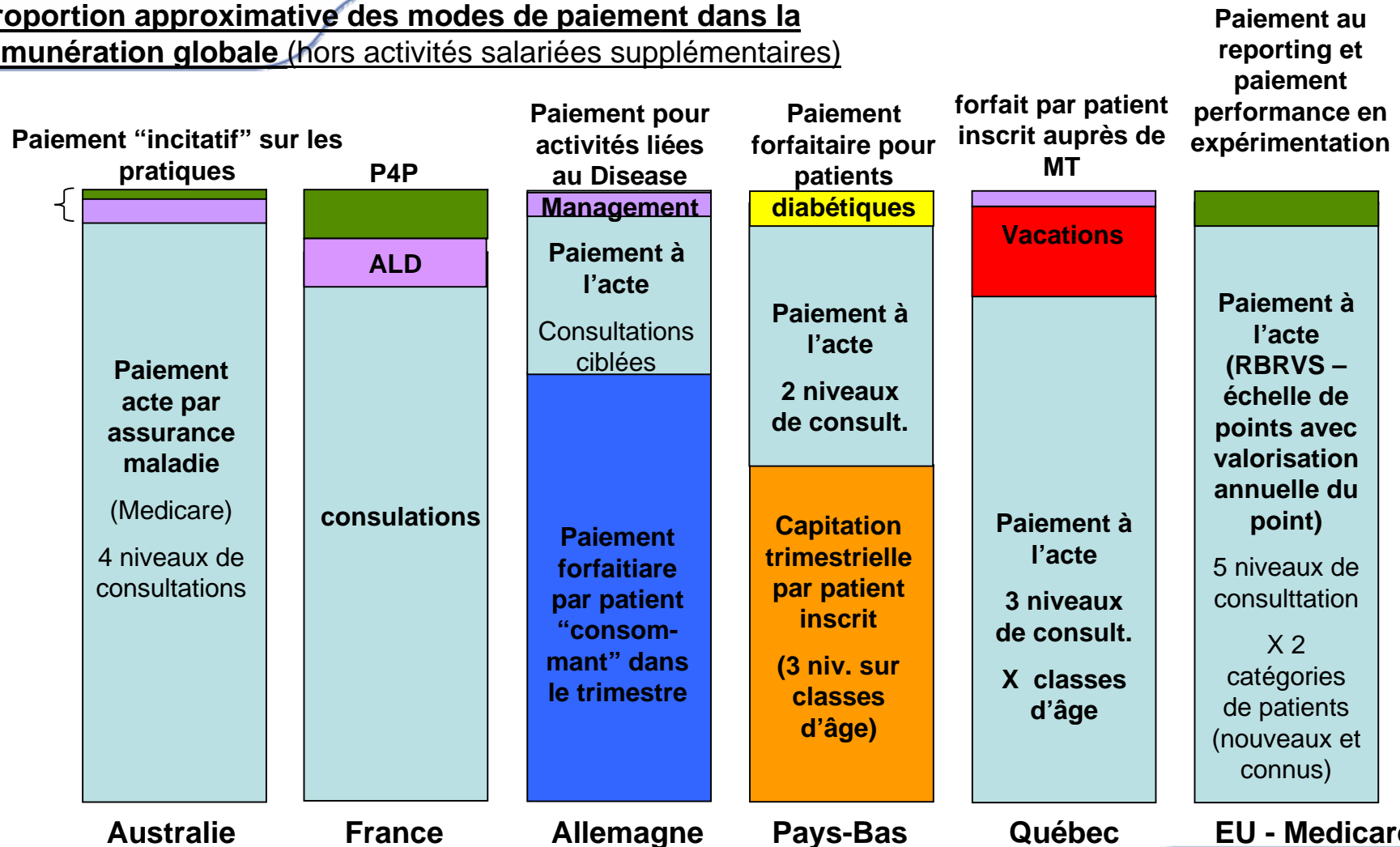
Sommaire

- Les modes de rémunération: un panorama des tendances depuis une dizaine d'années
- **Une évolution vers la mixité des modes de paiement**
- Le développement du paiement à la performance
- Bundled payments (forfaits par patient, par pathologie, par épisode de soins), capitation ajustée et shared savings
- Conclusion

-
- **La plupart des pays ont maintenant des systèmes de paiements mixtes, avec des proportions variables des différentes composantes :**
 - Dans certains pays la rémunération reste majoritairement fondée sur le paiement à l'acte (France, Australie, Etats-Unis, Québec) ;
 - Dans d'autres capitation/paiement forfaitaire ont une part plus importante (Allemagne, Pays-Bas, RU)
 - **Plusieurs pays ont par ailleurs mis en place différents niveaux de consultation.**

Mixité des modes de rémunération

Proportion approximative des modes de paiement dans la rémunération globale (hors activités salariées supplémentaires)



Poids du paiement à l'acte et des consultations dans la rémunération

Australie	94% consultations
Allemagne	70% forfait ; 30% actes
Pays-Bas	60% capitation ; 40% consultations
Québec	Grande hétérogénéité des situations ; globalement : 72% actes et consultations – 17% vacations, 5% salaires, 6% capitation, mais varie d'un médecin à l'autre selon son lieu d'activité
Etats-Unis	Essentiellement consultations et actes

Modalités de différenciation des consultations

Pays	Niveaux	Durées	Age	Contenu /Complexité (cf. Diapo suivante)
Australie	4 niveaux A B C D Combinaison durée et contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Courte • Moins de 20 minutes • Au moins 20 minutes • Au moins 40 minutes 		Pour chaque catégorie, une liste des tâches que le médecin doit réaliser
Allemagne	Codes actes spécifiques pour des consultations de prévention (enfants-/ adultes-/ gériatrie check-ups, examens de dépistage et autres consultations spécifiques telles contraception. Ces actes n'entrent pas dans la régulation par objectifs quantifiés			
Pays-Bas	2 niveaux selon durée Normale, Longue	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 20 minutes • Plus de 20 minutes 		
Québec	3 niveaux Ordinaire Complète, Approfondie Contenu, durée et âge	<ul style="list-style-type: none"> • Pour consultation approfondie seulement durée de 45 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 59 ans • 60 – 69 ans • 70 – 79 ans • + 80 ans 	Pour chaque catégorie, une liste des tâches que le médecin doit réaliser : <ul style="list-style-type: none"> • Celles qui sont médicalement pertinentes pour les catégories "Ordinaires" • Celles qui s'ajoutent pour les catégories "Complète" et "Approfondie"
Etats-Unis Medicare	5 niveaux <u>Pour nouveaux patients (NP)</u> 5 niveaux pour <u>patients connus (PC)</u> <u>+ durée et contenu</u>	5 minutes (PC); 10 minutes (NP + EP); 15 minutes (EP); 20 minutes (NP); 25 minutes (EP); 30 minutes (NP); 40 minutes (EP); 45 minutes (NP); 60 minutes (NP)		Pour chaque catégorie, une liste des tâches que le médecin doit réaliser : <ul style="list-style-type: none"> • 3 éléments systématiques pour les nouveaux patients • 2 sur les 3 pour les patients connus
<i>Criteria most important in determining reimbursed fee</i>				

Le paiement à l'acte s'accompagne généralement de formes complémentaires de rémunération visant des activités spécifiques

Pays	OBJECTIFS	Incitations	Modalités de rémunération	Montant
Australia's Practice Incentive Programme	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'accès aux soins (hors horaires ouverture, personnes âgées, zones rurales) • Investissement pour amélioration des services (eHealth, Practice nurse) 	<ul style="list-style-type: none"> • eHealth • Infirmières de cabinet • Travail hors heures ouvrées • enseignement • Accès aux soins pour les plus âgés • Zones rurales • Violence domestique 	<ul style="list-style-type: none"> • Montant par patient (pondéré par âge et sexe), souvent plafonné annuellement (eHealth, Practice Nurse, After Hours, Domestic Violence) • Montant par session de formation • forfait (Aged Care Access, Rural) 	<ul style="list-style-type: none"> • eHealth : rému la + importante et la plus adpotée : max €36 275 par cabinet par an • Practice Nurse: max € 29 020 par cabinet par an
France	Amélioration de la coordination des soins pour les patients ALD	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge pathos chroniques 	Fofait fixe par patient par an	€40
Allemagne	Continuité et coordination des soins pour patients chroniques (diabète, IC , Pcv	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de disease management 	<ul style="list-style-type: none"> • Forfaits par patoient inscrit au programmes • For follow-up care seperate codes are listed in fee schedule (EBM) 	<ul style="list-style-type: none"> • €25 pour chaque nouveau patient enrollé • € 15 par questionnaire trmestriel, € 15 par consultation supplémentaire etc
Pays-Bas	Continuité et coordination des soins pour patients diabétiques	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète 	“Bundled payment” (forfait annuel)par patient diabetique, inluant les soins primaires ci-après (diététique conseil et examen dui pief – prescriptions exclus)	<ul style="list-style-type: none"> • €300 – 400 par patient diabetique par an (les MG sous-traient une partie des soins à d'autres porf. Sur cette base)
Québec	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration accès aux soins primaires • Amélioration de l'accès aux urgences 	<ul style="list-style-type: none"> • Family Medicine Groups (FMG) • MG travaillant 1) dans des zones reculées et 2) aux urgences hospitalières 	<ul style="list-style-type: none"> • Bonus par patient inscrit avec FMG • vacations, i.e. paiement à la durée (heure)pour les zones reculées et l'activité au sein des urgnces à l'hôpital 	

Sommaire

- Les modes de rémunération: un panorama des tendances depuis une dizaine d'années
- Une évolution vers la mixité des modes de paiement
- **Le développement du paiement à la performance**
- Bundled payments (forfaits par patient, par pathologie, par épisode de soins), capitation ajustée et shared savings
- Conclusion

Le paiement à la performance

- Démarrage milieu des années 2000: bonus liés à l'atteinte d'objectifs sur des indicateurs de qualité (Medicare - hopitaux & physicians group practices, QOF au Royaume-Uni...)
- Se généralise (aux USA, + de 250 programmes chez près de 150 assureurs, GB, Europe du nord...)
- Reste additionnel par rapport à une modalité centrale de paiement
- mesures de performance sur la dimension de la qualité clinique (traditionnellement sous-utilisation des soins) et beaucoup moins sur celle de l'efficience ou de la sur-utilisation
- Nouveaux développements = « non-payment for performance » (complications évitables)

Le paiement à la performance

- **P4P à l'hôpital et ses variantes**
 - Concerne l'hôpital seul, bonus souvent appliqué au DRG (GHS)
 - Ajustement de la rémunération sur le taux relatif de réadmissions
 - réduction ou non paiement des séjours liés à des événements indésirables iatrogènes
- **P4P pour les médecins**
 - Peut concerner un médecin individuel ou un groupe de médecins
 - Évaluation s'appliquant essentiellement aux processus de soins, quelques résultats intermédiaires, la prévention et la satisfaction du patient
 - Peut également concerner des indicateurs d'efficacité ou de coûts (génériques, imagerie, recours aux urgences)
 - développé quasi exclusivement pour les soins primaires, rares exemples de spécialités médicales

Deux grands modèles de référence

- ✓ la GB reste une exception de par l'ampleur du système et les montants distribués
- ✓ les EU : nombreux dispositifs en vigueur, mais très divers ; une part des revenus des médecins excédant rarement de 5%.



Rappel : le Quality and outcome framework (QOF) au Royaume-Uni

- **Concerne les cabinets de médecine générale**
- **Participation volontaire, mais quasi totalité**
- **146 indicateurs :**
 - Prévention secondaire pour 10 pathologies
 - Organisation des soins
 - Ressenti des patients
 - Services complémentaires
- **Chaque indicateur côté entre 0,5 et 60 points sur un total de 1000 points**
- **Diffusion publique des indicateurs**

Les domaines concernés et la rémunération correspondante

Domaines	Nb indicateurs	Nb points Total = 1000	Valeur du point en £ 2009/2010 - Angl
Pratiques cliniques	86	697	126,77 max Variable selon prévalence
Organisation	36	167,5	126,77
Expérience du patient	3	91,5	126,77
Services supplémentaires	9	44	126,77 mais variable

Révision annuelle du modèle

Disease areas	2004/06	2006/08	2008/09	2009/10
Coronary heart disease	121	89	89	87
CVD - primary prevention	-	-	-	13
Heart failure		20	20	29
Stroke	31	24	24	24
Hypertension	105	83	83	81
Diabetes	99	93	93	100
COPD	45	33	28	30
Epilepsy	16	15	15	15
Hypothyroid	8	7	7	7
Cancer	12	11	11	11
Palliative Care	-	6	6	6
Mental Health	41	39	39	39
Asthma	72	45	45	45
Dementia	-	20	20	20
Depression	-	33	33	53
Chronic kidney disease	-	27	27	38
Atrial Fibrillation	-	30	30	27
Obesity	-	8	8	8
Learning disabilities	-	4	4	4
Smoking	-	68	68	60
Domains	2004/06	2006/08	2008/09	
Clinical	550	655	650	697
Organisational	184	181	167.5	167.5
Patient Experience	100	108	146.5	91.5
Additional Services	38	36	38	44
Quality practice payment	30	-	-	-
Holistic care payment	100	20	-	-

Calcul du paiement pour les indicateurs cliniques

Heart failure

Indicator	Points	Payment stages
Records		
HF1. The practice can produce a register of patients with heart failure	4	
Initial diagnosis		
HF2. The percentage of patients with a diagnosis of heart failure (diagnosed after 1 April 2006) which has been confirmed by an echocardiogram or by specialist assessment	6	40–90%
Ongoing management		
HF3. The percentage of patients with a current diagnosis of heart failure due to Left Ventricular Dysfunction (LVD) who are currently treated with an ACE inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker (ARB), who can tolerate therapy and for whom there is no contraindication	10	40–80%

Exemple : si
60%
satisfaisant à
HF2,

Nb points
gagnés =

$6 \times [(60 - 40) /$

$(90 - 40)]$

= 2,4 points

- Calcul du pourcentage de patients satisfaisant aux critères de l'indicateur

(dénominateur diminué des cas « d'exception au reporting»)

- pourcentage rapporté l'intervalle des valeurs « possibles »

Quality and Outcome Framework – modèle de rémunération

Indicateur qui rapporte entre 0 et 19 points,
Soit entre 0 et 3 500 £

Coûts du QOF :

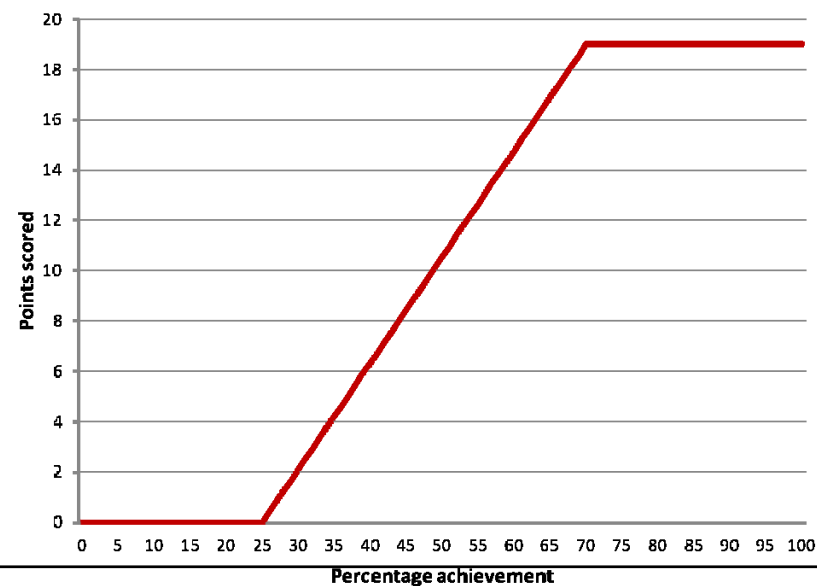
Pour 1000 points par cabinet

- 187 500 £ par cabinet

- 45 000 £ par médecin

En 3 ans (-> 2008) : 1,76 Md £

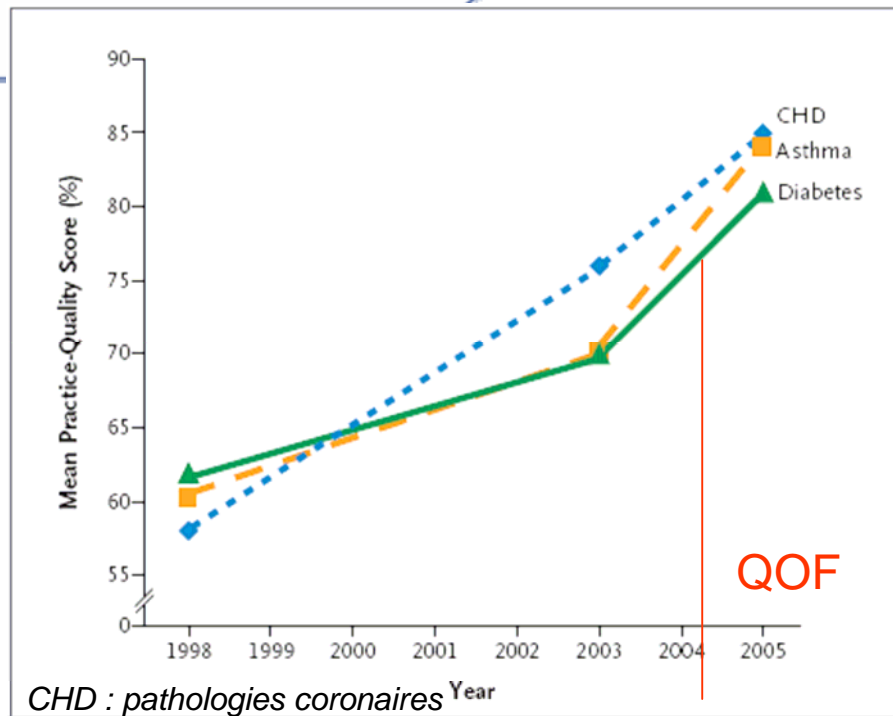
Exemple de la pathologie coronaire : PA
150/90 mmHg



	2004/5	2005/6	2006/7	2007/8	2008/9
Score moyen (% du nombre total de points)	91.3	96.2	95.5	96.8	95.4
% de cabinets atteignant le max	2.6	9.7	5.1	7.5	2.0



Quality and Outcome Framework – résultats



Exemple :

- On observe une accélération de l'amélioration de la qualité des pratiques pour l'asthme et le diabète ont sensiblement augmenté lors de la mise en place du QOF (même si les indicateurs étaient déjà en progression avant)
- Le QOF n'a pas eu d'impact en revanche pour la prise en charge des pathologies coronaires ;

Au total :

- Des effets significatifs, même s'ils sont limités, sur certains des indicateurs de qualité – notamment progression des pratiques les plus mauvaises
- Amélioration de la connaissance et du suivi de la qualité
- Mais mauvais calibrage des objectifs (pas d'information préalable) et rémunération trop élevée – entre 20 et 30% du revenu global des praticiens -.

Quality and Outcome Framework – résultats

Improvements in reported quality by area deprivation

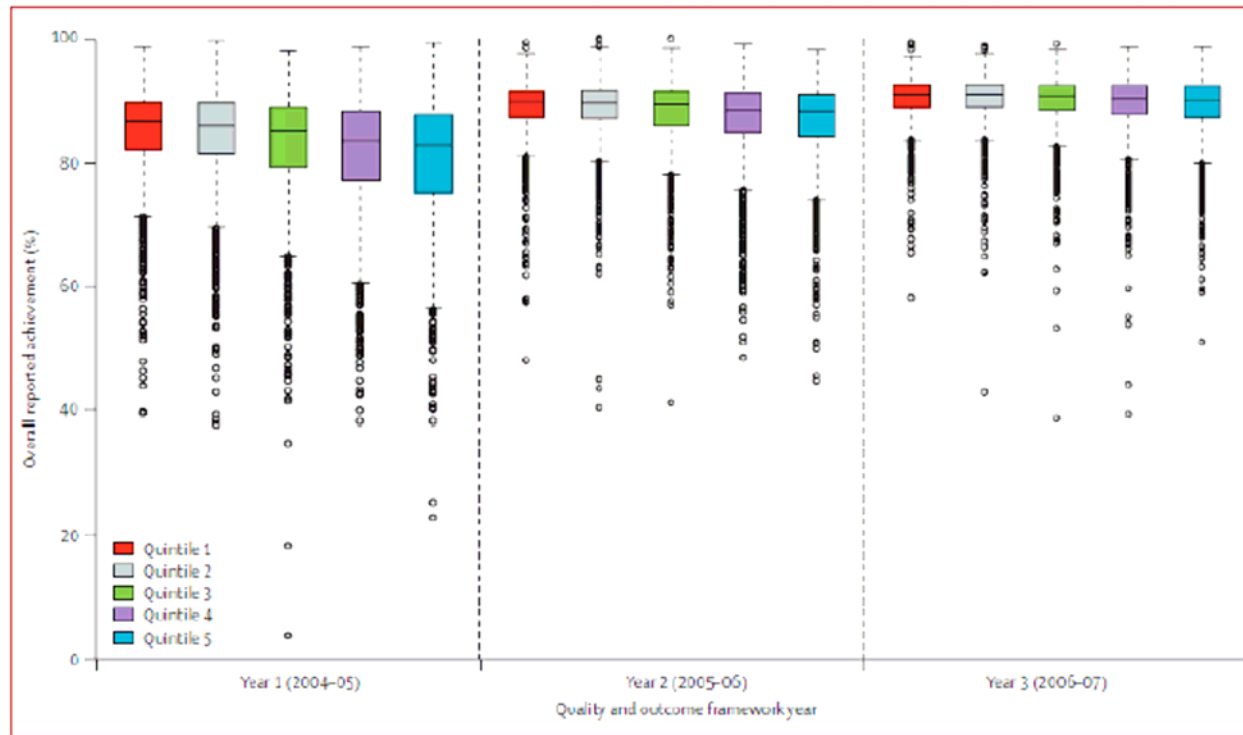


Figure 1: Distribution of scores for overall reported achievement by deprivation quintile for year 1 (2004-05) to year 3 (2006-07). Central line shows median achievement and box shows interquartile range; whiskers represent range of achievement scores. Circles represent statistical outliers—i.e., individual practices with achievement scores outside the range: first quartile- $(1.5 \times IQR)$ to third quartile+ $(1.5 \times IQR)$.

Source: Doran et al (Lancet, 2008)

Que retenir des expériences de P4P à l'étranger ?

- Un outil parmi d'autres de l'amélioration continue de la qualité

Résultats :

- Globalement, le P4P a montré des résultats positifs, même s'ils sont modestes (Rapport MedPAC de CMS, Etude de la Rand Corporation, Audit NHS, rapport de l'Institute of Medecine, Rapport Igas en France...)
- Les premières études sur les programmes qui ont intégré des indicateurs d'efficience semblent montrer qu'ils ont aussi permis de générer de générer des économies (www.iha.org)

Que retenir des expériences de P4P à l'étranger ?

Effets corollaires positifs :

- Le P4P a incité les médecins à s'équiper de systèmes informatisés d'aide à la décision.
- Le P4P a permis de constituer des bases de données sur la qualité des pratiques, souvent méconnues avant.
- Il a aidé à instaurer une culture du suivi de la qualité par la comparaison chez les praticiens, ainsi qu'un renforcement de la transparence et de la responsabilisation.

Possibles effets indésirables :

- Souvent, des inquiétudes ont été exprimées quant à la possibilité de survenues d'effets non désirés comme de délaissier les domaines non couverts par le QOF. Néanmoins, il existe très peu d'éléments tangibles venant confirmer ces inquiétudes.

Sommaire

- Les modes de rémunération: un panorama des tendances depuis une dizaine d'années
- Une évolution vers la mixité des modes de paiement
- Le développement du paiement à la performance
- **Bundled payments (forfaits par patient, par pathologie, par épisode de soins), capitation ajustée et shared savings**
- Conclusion

Paiement par épisode ou par pathologie, shared savings

- Le principe général
- Exemple : Prometheus (les complications évitables)
- Exemple : Geisinger –ProvenCare (système intégré autour de la phase hospitalière aigue)
- Exemple : les groupes de soins aux Pays-Bas
- Exemple : Shared savings

Paiement par épisode de soins (bundled payment – episode-based payment)

- **Le principe** : pour un épisode de soins ou une période donnée, une rémunération forfaitaire globale pour tous les différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge d'une pathologie ou d'un acte donnés.

S'applique à un épisode de soins (par ex. hospitalisation +90 jours), ou une période donnée pour les pathologies chroniques (souvent année)

- **Intérêt théorique** : inciter à limiter les actes / services inutiles et à renforcer la coordination entre professionnels

Dans ce cadre, les indicateurs de qualité servent au monitoring de la qualité (maintenir ou améliorer la qualité) ; mais peut aussi se combiner à du P4P;

- **Organisation de l'offre** : groupement volontaire de professionnels qui contractualisent entre eux

Paiement par épisode de soins (bundled payment – episode-based payment)

- **Valeur du forfait** déterminée par appel d'offre (Medicare Acute Episode Demonstration) ou calculée en référence à la prise en charge standard (evidence based médecine) et éventuellement ajustée sur le risque (Prometheus)
- **En pratique**, les expériences :
 - concernent un nombre limité de pathologies
 - visent surtout la réduction des hospitalisations aux EU
 - mais peut aussi se limiter à la prise en charge ambulatoire (Pays-Bas)

Prometheus : l'efficience à travers les complications évitables

- **Quatre sites pilotes**
- **Maladies chroniques et aiguës :**
 - Asthme, BPCO, diabètes, maladies coronaires, insuffisance cardiaque, hypertension
 - Infarctus myocarde, remplacement hanches et genoux, pontage coronarien, revascularisations, chirurgie bariatrique, hernies

• Soins de base non compliqués (ECR = Evidence Informed Case Rate®)	Recommandations professionnelles publiées
Complications naturelles probables de la pathologie ou de la prise en charge	Dire d'experts (panel)
Complications évitables (PAC) Potentially avoidable complications	

- Un score de qualité par pathologie, fondé sur des indicateurs de processus et de résultat

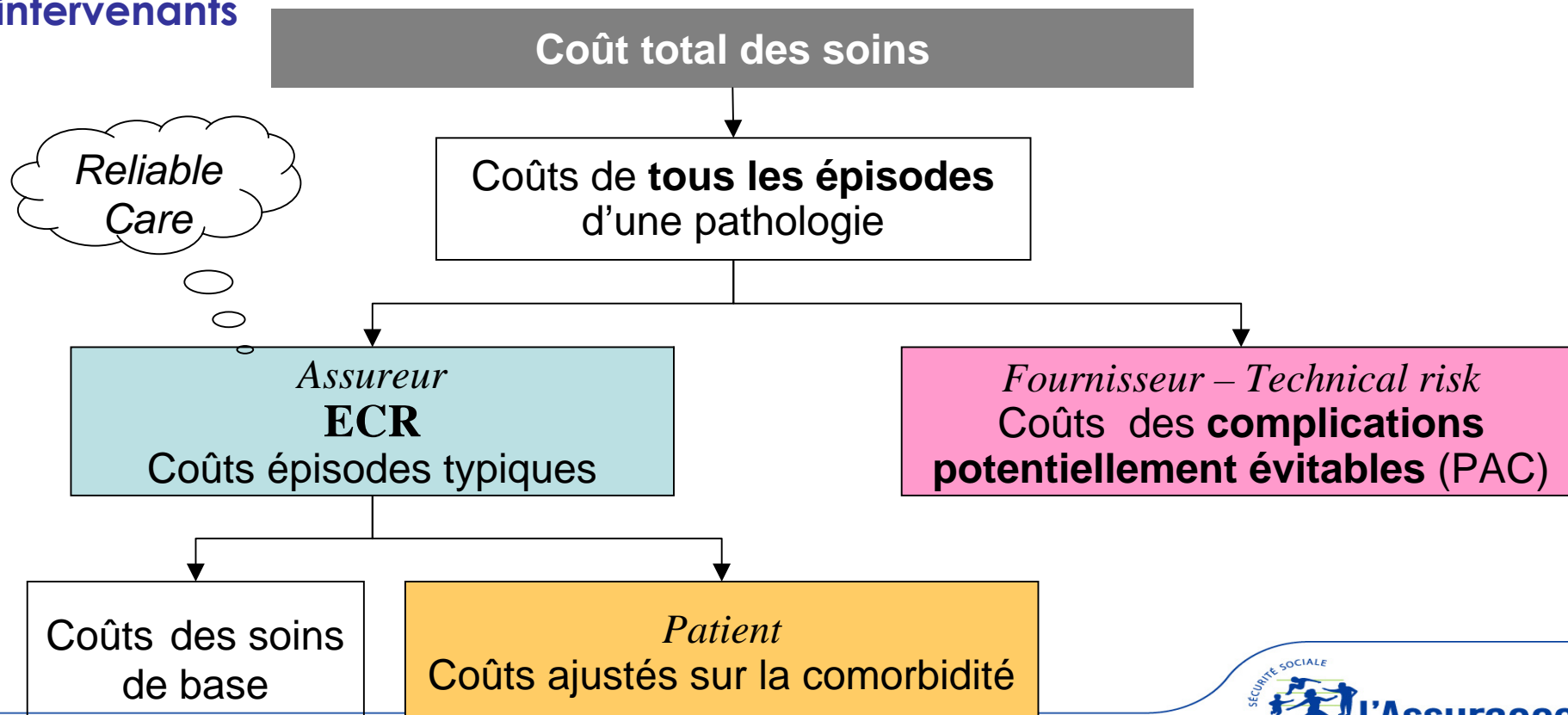
Les complications potentiellement évitables

PACs les plus fréquents	COUNT	PERCENT
Diabetes with Abdominal and General Complications	193,905	2.93%
DM with Emergency	178,321	2.69%
DM with Neurologic/Peripheral Vascular/skin Complications	108,268	1.64%
DM with Renal Failure	96,501	1.46%
Diabetes with CVS Complication	70,312	1.06%
Infections: bacterial, fungal, viral, parasitic	59,005	0.89%
Diabetics with Ophthalmic Complications	51,210	0.77%
Respiratory Infections	41,721	0.63%
Iatrogenic problems	32,594	0.51%
DM with Urinary Complications	27,781	0.42%
DM with Stroke, CVA	13,481	0.20%
Insulin pump related procedures	1,551	0.02%
Total Claims with complications	874,650	13.21%

Prometheus : les principes de paiement

Un forfait standard ajusté sur le risque et les bonnes pratiques cliniques augmenté par défaut de 50% du coût des complications potentiellement évitables.

Le paiement du reste des complications évitables se fait sous forme de bonus au pro rata d'un score de qualité des soins mesurée « collectivement » entre tous les intervenants



Geisinger – ProvenCare (1)

(l'exemple du système intégré autour de la phase hospitalière aiguë)

Système de soins intégrés du nord de la Pennsylvanie : plusieurs hôpitaux (aiguë + réadaptation), prise en charge ambulatoire, éducation thérapeutique, soutien aux patients et aux familles...

–Amélioration de la qualité

- définition d'un cadre organisationnel pratique d'application systématique de guidelines (process, dossier informatisé avec check list, contrat avec le patient sur son information et ses préférences ...)
- D'abord pontage coronarien en 2006, puis extension à l'angioplastie, PTH, cataracte, chirurgie bariatrique, hernie discale « basse », périnatalité...

–Renforcer l'efficience

- mise en place d'un paiement par épisode de soins remplaçant le paiement à l'acte et au séjour → prise en charge preop., op., honoraires, frais de séjours en aiguë + réadaptation + éducation thérapeutique, tous les soins liés aux complications intervenant dans les 90 jours suivant l'intervention

- Bonus basé sur la satisfaction à des indicateurs de processus dans une logique de « tout ou rien » (40 indicateurs pour le pontage)

Geisinger – ProvenCare (1) (l'exemple du système intégré autour de la phase hospitalière aiguë)

Quelques résultats sur le pontage coronarien

	Avant	Après	%
DMS aiguë	6,2	5,7	
Diminution des frais de séjours			-5%
Réadmissions à 30 jours	6,9%	3,8%	-44%
Incidence de la fibrillation atriale	23%	19%	-17%
Complications neurologiques	1,5%	0,6%	-60%
Utilisation de produits sanguins	23%	18%	-22%
Ré-interventions pour saignements	3,8%	1,7%	-55%
Suivi des 40 « recommandations »	100%	59%	

Le forfait diabète aux Pays-Bas : exemple d'un dispositif non expérimental de paiement d'un épisode de soins en ambulatoire

- **Annoncé par le Ministère de la santé en 2008**
- ➔ **faciliter la coopération multidisciplinaire afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins fournis aux patients ayant des maladies chroniques**
- **2010 : mise en œuvre effective sous la forme d'un forfait annuel par patient**
- **Parallèlement, apparition des « groupes de soins » en charge de la coordination des prestataires intervenant dans le cadre du forfait :**
 - Le groupe de soins est une entité juridique gestionnaire, mais non soignante
 - Organise et coordonne les interventions auprès des patients
 - Négocie le montant du forfait avec les assureurs
 - **97 groupes de soins** recensés en 2010, regroupant **plus de 75%** des médecins généralistes hollandais.

L'organisation des groupes de soins varie beaucoup

Le propriétaire du groupe de soins	Numéro de groupes (n = 35)
Médecin généraliste	29 (83%)
Médecin généraliste + laboratoire du médecin généraliste	2 (6%)
Trois parties / disciplines ou plus	2 (6%)
Inconnus	2 (6%)

Nombre d'employés dans le groupe de soins	n = 49
0 (pas d'employés)	21 (43%)
< 10 employés	17 (35%)
>= 10 < 100 employés	5 (10%)
>= employés	6 (12%)

Source : L'organisatie des groupes de soins en 2010, RIVM

Rappel : Le groupe de soins n'est pas l'équipe de soignants qui fournissent les soins réels. Le groupe de soins agit plutôt comme entrepreneur général et contracte avec les centres de santé et / ou des fournisseurs individuels.

Composition possible d'un groupe de soins
Direction / management
Secrétariat
Administration financière et ressources humaines
TIC / Management de données
Personnel médical / coordonnateur médical
Personnel politique
Officier sur la qualité

Exemple du groupe de soins Diamuraal



Personnel du groupe de soins	ETP en 2010	ETP en 2009
Management	0,53	0,42
Coordonnateur	1,00	1,00
Centre d'assistance	1,00	1,00
Groupe de travail mise en oeuvre	0,55	0,50
Groupe de travail qualité	0,43	0,35
Total	3,51	3,27

Fournisseurs liés au groupe de soins	décembre 2010	décembre 2009
Médecins généralistes	126	104
Cabinets de MG	61	49
Internistes	11	11
Diététiciens	48	44
Organismes de diététiciens	13	11
Podologues	26	26
Ophthalmologistes	9	9
Laboratoires de MG	1	1

Source : Présentation Frans Boonekamp et Joop Raams, août 2011

Entre les différents groupes de soins, il y a aussi des différences dans les tâches et les activités

Les activités auto déclarées du groupe de soins	Numéro de groupes n = 55
Donner aux fournisseurs de soins des informations 'feedback'	54 (98%)
Préparation et mise en œuvre du protocole multidisciplinaire	54 (98%)
Accords structurels au sujet du renvoi à l'hôpital	53 (96%)
Organiser la formation continue des professionnels de santé	50 (91%)
Organiser des réunions pluridisciplinaires	48 (89%)
Développer / établir le système sur la qualité du groupe de soins	47 (86%)
Impliquer les (associations) patients dans la rédaction des politiques	46 (84%)
Vérifier si les fournisseurs travaillent selon des recommandations de bonne pratique	44 (80%)
Mettre en place des procédures pour les plaintes	43 (80%)
Informers les patients sur les recommandations et standards	38 (69%)
Certification du groupe de soins	36 (67%)
Organiser les visites des cabinets	36 (67%)
Mettre en œuvre un système de rappels pour les patients	34 (65%)

Les services fournis aux diabètes varient aussi sensiblement

Table 3.4: Content of the bundled payment contracts by diabetes care group

	Required by NDF Health Care standard	Diabetes care group									
		1	2	3	4	5	7	8	9	10	
<i>Diagnostic phase</i>											
Formal diagnosis	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Initial risk assessment	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
<i>Treatment and standard check-ups</i>											
12-monthly check-ups	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
3-monthly check-ups	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Eye examinations	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Foot examinations	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Supplementary foot exams	Unclear	-	+	+	-	+	-	-	+	-	
Foot treatment	No	-	-	+	-	-	-	-	-	-	
Laboratory testing	Yes	+	+	+	+	+	+	-	++	+	
Smoking cessation support	Yes	-	+	-	-	+	-	+	+	-	
Exercise counselling	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Supervised exercise	No	-	-	-	-	-	-	-	++	-	
Dietary counselling	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+/- #	
Medication	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Psychosocial care	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Medical aids	No	-β	-	-	-	-	-	-	-β	-	
Additional GP consultations (diabetes-related)	Unclear	-	+/-	+/-	+/-	-	+/-	+/-	+/-	+/-	
Additional GP consultations (non-related)	No	+/-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Specialist consultations	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

Évaluation des programmes de 10 groupes de soins

Source : L'évaluation de l'enveloppe budgétaire pour la prise en charge des diabétiques aux Pays-Bas, RIVM, 2010

Le montant des forfaits variait de 258€ à 474€ en 2010

Exemple : le calcul du montant de l'enveloppe budgétaire par Menzis qui forme la base pour leurs négociations

Exemple

Temps passé en minutes	Médecin généraliste	Infirmière en ville	Infirmière à l'hôpital	Spécialiste à l'hôpital	Proportion des patients	Médecin généraliste	Infirmière en ville	Infirmière à l'hôpital	Spécialiste à l'hôpital
<i>Information clinique</i>	10	40			100%	10	40		
<i>Premier inventaire des risques</i>									
Les maladies cardiaques	10	25			100%	10	25		
Pieds		10			100%		10		
Yeux	5				100%	5			
Discussion des résultats avec le patient	10				100%	10			
Discussion des résultats avec l'infirmière	5	10			100%	5	10		
<i>Mode de vie et coaching</i>									
Le régime, la nutrition, l'exercice		50			100%		50		
Le glucose, la tension, les lipides	15	15			90%	13,5	13,5		
<i>Médicaments</i>	15	15			100%	15	15		
<i>Suivi du patient</i>									
Contrôle trimestriel		60			100%		60		
Discussion MG et infirmière	15	15			100%	15	15		
<i>Selfmanagement</i>									
Définir l'indication	10				8%	0,8			
Exécution		30			8%		2,4		
Discussion des résultats avec le patient		30			8%		2,4		
<i>Mise sous l'insuline</i>									
Définir l'indication	20				8%	1,6			
Mise sous l'insuline		45			8%		3,6		
Discussion des résultats avec le patient	10	45			8%	0,8	3,6		
Conseil nutrition		45			8%		3,6		
Evaluation intérimaire	10	10			8%	0,8	0,8		
<i>Consultation du spécialiste par le MG</i>	10	10	10	10	10%	1	1	1	1
Total						88,5	255,9	1	1
Montant						110,63	213,25	0,83	2,32

Le temps passé est multiplié par le tarif horaire de référence par fournisseur



Source : Présentation Harry Nienhuis, Menzis, août 2011



Quels résultats ?

- **Des difficultés méthodologiques et techniques**
 - Risque de double paiement en lien avec la polypathologie ;
 - Liberté de choix du patient : peut se faire soigner dans ET hors du groupe
 - Pouvoir de négociation des assureurs limités relativement à la démographie locale des professionnels
 - Difficulté de mise en œuvre de contrôles vérifiant la réalité des soins prodigués
 - Etc.

Quels résultats ?

- 80% des patients ont eu 4 bilans trimestriels, 87% des patients ont eu des examens de pieds et 85% des patients ont eu tous les tests (HbA1c levels, systolic blood pressure, BMI, LDL cholesterol levels)
- Il y a une évolution favorable des indicateurs de résultat comparé au moment zéro, la plupart des indicateurs se sont un peu améliorés (HbA1c levels, systolic blood pressure, BMI, LDL cholesterol levels)
- En comparaison à la littérature hollandaise et internationale, la plupart des indicateurs de résultats sont un peu meilleurs
- Mais, manque d'évaluation robuste, car l'évaluation n'inclut pas de groupe de contrôle
- La satisfaction des patients s'est légèrement améliorée
- Après trois ans la majorité des indicateurs de processus se sont améliorés bien qu'il semble difficile d'améliorer après avoir atteint 90%

Quels résultats ?

- Une analyse des dépenses de plus de 70% des patients diabétiques est en cours. L'analyse compare les coûts avant l'introduction de l'enveloppe budgétaire par rapport aux coûts actuels
- Les résultats préliminaires suggèrent des faibles économies de l'introduction de l'enveloppe budgétaire
- Les délégations des tâches des ophtalmologistes vers les optométristes et des internistes vers les médecins généralistes (plus de patients sont traités en ville) semblent être les principales sources d'économies

Medicare Physician Group Practice - P4P qualité + partage des gains d'efficience (shared savings)

Expérimentation de CMS mise en place en 2005 auprès de 10 organisations de soins intégrées (5000 médecins)

- **Paiement à la performance « traditionnel »** fondé sur 32 indicateurs de qualité clinique répartis dans domaines : diabète, insuffisance cardiaque, pathologies coronaires, hypertension, et plus globalement des indicateurs de prévention
- **Introduction d'un paiement virtuel à la capitation :**
 - Maintien du paiement à l'acte
 - Calcul d'une valeur prédictive moyenne per capita par pathologie, ajustée sur le risque (valeur théorique)
 - Comparaison l'année suivante de la croissance de la dépense réelle per capita à celle de la dépense théorique :
 - Si $(\text{réel } n - \text{réel } n-1) < 2\%$ (théorique $n - \text{réel } n$) alors l'organisation perçoit 80% des gains d'efficience, au maximum.
 - Les « 80% » sont modulés selon le niveau de satisfaction aux indicateurs de qualité

Medicare Physician Group Practice(2)

les résultats

Fin année 2006	Benchmark mis en place sur 10 indicateurs du diabète 2 groupes sur les 10 ont amélioré leur efficience
Fin année 2007	25 indicateurs sur 27 suivis dans les 10 groupes 27 / 27 dans 5 groupes 4 groupes ont réalisé des gains d'efficience
Fin année 2008	28 / 32 indicateurs suivis dans les 10 groupes 32 /32 dans 2 groupes Les scores de qualité ont augmenté en 3 ans de : 11% sur insuf. Cardiaque, 10% sur diabète, 10% dépistage cancers sein et colorectal, 6% sur pathos coronariennes, 1% sur hypertension 5 groupes ont réalisés des gains d'efficience

- Analyse des processus de changement et de renforcement de la gestion des soins
- ➔ Par ex : informatisation, travail en équipe, meilleure gestion des « transitions » dans la prise en charge, réconciliation médicamenteuse, registres de patients polypathologiques, case management sur patients lourds (Ins Card et B

Shared savings sur capitation ajustée au risque

Modèles s'appliquant aux systèmes de soins intégrés (2)

Accountable Care organizations – shared savings program – organisation

- Un groupe de prestataires contracte pour prendre en charge une population pour l'ensemble de ses soins pour une période donnée, en général sur un territoire donné. Ce groupe comprend a minimum une offre de soins primaires, une offre de soins spécialisés et une offre hospitalière. Un minimum de 5000 patients par an est requis pour obtenir le statut de ACO.
- Le groupe est « responsabilisé », à la fois sur les volets financier et qualité de la prise en charge, par un double mécanisme de paiement : partage du risque financier avec l'assureur (gains ET pertes), P4P;
- Forme de capitation virtuelle ; ne se substitue pas au paiement à l'acte, mais s'ajoute au PA traditionnel une part des économies (ou pertes) réalisées .

Shared savings sur capitation ajustée au risque

- Calcul d'une **capitation prospective (CP) ajustée sur le risque** pour chaque ACO et comparaison avec la dépense observée (DO);
- **Contrat de 3 ans avec Medicare :**
 - Si $DO > CP \rightarrow$ partage des économies 50/50 dans la limite de 7,5% du montant de la CP ;
 - Si $DO < CP \rightarrow$ partage de la perte 50/50 dans la limite 5% de la CP la première année, 7,5% la deuxième année et 10% la troisième année
- Réglementation du 20 oct. 2011 introduit deux possibilités de contractualisation :
 - partage des gains seulement, durant les deux premières années et partage des pertes appliquées seulement la troisième \rightarrow partage 50/50
 - Partage des gains et des pertes ds la première année \rightarrow partage des gains 60/40

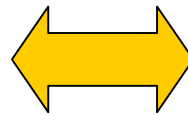
Sommaire

- Les modes de rémunération: un panorama des tendances depuis une dizaine d'années
- Une évolution vers la mixité des modes de paiement
- Le développement du paiement à la performance
- Bundled payments (forfaits par patient, par pathologie, par épisode de soins), capitation ajustée et shared savings
- **Conclusion**

Conclusion (1)

Objectifs de maîtrise des coûts

- Corriger les effets incitatifs au volume du paiement à l'acte ;
- Générer des incitations à l'efficience
- Favoriser la gestion du risque « financier »
- Rendre le mode de paiement plus cohérent avec les objectifs d'amélioration de la qualité



Objectifs d'amélioration de la qualité

- Corriger les effets incitatifs non désirés des modes de paiement à la sur ou sous qualité ;
- Inciter au management de la qualité (suivi des bonnes pratiques)
- Renforcer les dimensions de santé publique, sécurité et accessibilité des soins...



Mesures de la performance (efficience ET qualité)

Conclusion (2)

Ce qui semble progressivement devenir un standard

- **Des modes de rémunération mixtes** (soins primaires)
 - Mélange de capitation, forfaits, paiements à l'acte
 - Quel mix ?
- **L'incorporation d'une composante d'incitation / bonus en fonction d'indicateurs de performance**
 - Toujours additionnel (par rapport à une modalité centrale de paiement)
 - Quel % ?
 - Mesures de performance sur la dimension de la qualité, moins sur celle de l'efficience

Conclusion (3)

Ce qui reste émergent et encore très expérimental

- **Les paiements par épisode / pathologie**
 - Un cadre expérimental limité à un nombre restreint d'acteurs et d'organisations
 - Des offreurs sélectionnés, souvent assez particuliers, dont l'organisation est « propice » à ces modèles de rémunération
 - Sauf Pays-Bas : système généralisé mais « carving out » de certaines pathologies – impact discutable, et semble avoir été plutôt coûteux
 - La question d'une généralisation possible reste entière avec de nombreuses interrogations techniques, organisationnelles, administratives et politiques

Conclusion (4)

- **Les modes de rémunération sont intrinsèquement liés à l'organisation de l'offre de soins**
- **Ces évolutions impliquent :**
 - a) une définition « normative » du contenu de la prise en charge**
 - Complications évitables : liste positive des complications évitables et non évitables
 - Parcours de soins : qui fait quoi à quel moment ? (Quelle place pour le généraliste, le(s) spécialiste(s), les professions paramédicales, l'hôpital,...)
- ➔ **Besoin de formalisation + Des recommandations qui vont au-delà de la seule vision clinique et des indicateurs sur les différentes dimensions de la performance**

Conclusion (4)

b) un renforcement des outils techniques et méthodologiques

- Une segmentation des patients
- Une connaissance affinée des pathologies traitées par les praticiens dans les systèmes d'information pour favoriser le benchmark
- Des méthodes de prévisions des dépenses par segment
- Un renforcement de l'informatisation et du recours aux technologies de l'information