

LE FINANCEMENT PAR PATIENT DESTINÉ AUX PATIENTS SOUFFRANT DE MALADIES CHRONIQUES

Lors du budget 2014-2015, le gouvernement du Québec s'est engagé à adopter un mécanisme de financement axé sur les patients (FPP). Une promesse qui a été renouvelée au budget 2015-2016. Il s'apprête maintenant à mettre en place les systèmes d'information qui vont permettre aux gestionnaires du réseau de suivre le coût des services rendus par leur organisation par patient.

Pour la majorité d'entre nous, le financement par patient est synonyme de financement à l'activité, soit une « activité » exécutée dans le secteur hospitalier pour des besoins aigus. Pour cette raison, plusieurs se demandent bien quels sont les plans pour améliorer le soutien aux patients souffrant de maladies chroniques (SMC) alors que les besoins de cette population sont en pleine expansion. Cet article explique comment le FPP peut orienter l'offre de services destinée à ces patients. Il explique en premier lieu les modèles de soins ayant démontré une amélioration de la valeur aux patients SMC et les mécanismes de financement observés pour assurer l'observation des meilleures pratiques. Finalement, il décrit comment l'Allemagne et les Pays-Bas ont modifié le financement des services destinés aux populations SMC et s'attarde sur les leçons apprises applicables pour le Québec.

Le vocable Financement par Patient (FPP) a été choisi pour désigner le financement par cas, en tenant compte de la diversité des besoins selon les clientèles et de la nécessité de développer des mécanismes de financement qui couvrent l'ensemble des services (primaire, secondaire ou tertiaire) requis par la condition d'un patient, qu'il souffre d'une condition aiguë ou chronique¹.

Lorsqu'un patient souffre d'une condition aiguë, le FPP est associé à un épisode de soins, du début du plan de traitement jusqu'au recouvrement de son autonomie. Dans ce cas, le rétablissement du patient signale le terme de l'épisode de soins. Le patient SMC a besoin d'un soutien d'une tout autre nature, soit des services continus adaptés à sa condition et à sa capacité de se prendre en charge. Dans ce cas, le FPP est associé aux services requis par celui-ci au cours d'une période donnée, généralement un an, fondés sur les évidences cliniques.



JOANNE CASTONGUAY
Vice-présidente adjointe, CIRANO
Professeure associée
Pôle santé HEC Montréal

1. Rapport du groupe d'experts pour un financement axé sur le patient, <http://www.groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf>

Les programmes de gestion des maladies chroniques ont pour objectif de produire des services appropriés, pour une population donnée, à un coût raisonnable. Ces programmes paient, en général, les prestataires pour qu'ils mettent en place les structures et processus (par exemple, des systèmes d'information, de la formation, un processus d'autorisation d'acte) requis par les nouvelles approches. C'est ce type de soutien financier que nous avons constaté en Allemagne et aux Pays-Bas (Castonguay, J., 2014).

LES SOINS ÉVOLUÉS AUPRÈS DES PATIENTS SOUFFRANT DE CONDITIONS CHRONIQUES

On observe dans la littérature et au sein des systèmes de santé deux grandes étapes à la mise en place des soins appropriés pour les malades SMC : le Chronic Care Model (CCM) ou le modèle de gestion des maladies chroniques et l'intégration des services cliniques. Or, l'organisation des soins pour répondre aux besoins de cette population requiert une transformation des pratiques traditionnelles. L'Allemagne et les Pays-Bas se sont engagés dans ce type de réformes et dans l'implantation de mécanismes de financement pour orienter la transformation.

Première étape, le Chronic Care Model

Le CCM développé par Edward Wagner et son équipe, à la fin des années 90, a complètement bouleversé la manière d'approcher les soins pour les malades SMC. D'abord en fournissant une compréhension de leurs besoins, mais surtout en démystifiant les obstacles dans l'organisation traditionnelle des soins de santé pour y répondre. Les évidences sur l'efficacité de ce modèle pour améliorer la valeur des soins à ces patients sont nombreuses (Fagherazzi-Pagel, 2013; Shortell, 2000; Wagner, Septembre 1998) et généralement reconnues au Québec (MSSS, Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne, 2012). Le modèle de Wagner définit six éléments-clés à la prestation de services efficaces aux malades SMC :

- 1) une offre interdisciplinaire de services et axée sur les besoins d'une population atteinte d'une maladie chronique;
- 2) l'observation de guides de pratiques axés sur les évidences;
- 3) l'autoprise en charge par les patients;
- 4) les services dans la communauté;
- 5) les systèmes d'information (dossiers électroniques partagés, alarmes, invites, etc.);
- 6) une culture et des modes de fonctionnement axés sur l'amélioration continue (MSSS, Stratégie de prévention et de Gestion des maladies chroniques et plan d'action 2008-2013, 2008; Nolte, E. K. C., 2008).

Deuxième étape, les services cliniques intégrés

À la suite du développement du CCM est apparue l'importance que l'on devait accorder à la continuité des soins entre

les différents secteurs, niveaux et disciplines pour obtenir de meilleurs résultats de santé à moindre coût pour le système. Si un patient est atteint de plusieurs conditions chroniques, son plan de soins optimal tiendra compte de l'ensemble de ses conditions. Pour mieux répondre aux besoins de ces patients, la notion de « soins intégrés » souligne l'importance d'éliminer les silos entre les prestataires de soins (Shortell, 2000; Ham, Chris, March 2013). Les soins efficaces aux malades chroniques complexes exigent la création de ponts entre les disciplines (soins mentaux, généralistes, spécialistes, soins communautaires), de sorte que les services soient coordonnés tout au long du continuum de soins (Shortell, 2000). Selon Stephen Shortell, des services intégrés présentent les caractéristiques suivantes :

- L'offre de services est développée pour répondre aux besoins d'une population donnée présentant les mêmes besoins en matière de services;
- Les services sont développés localement pour répondre le mieux possible aux besoins de la communauté;
- Les services sont coordonnés tout au long du continuum de soins et ont une interface unique pour le patient;
- Les prestataires ont des systèmes d'information (TI) qui lient les patients, les fournisseurs et l'assureur tout au long du continuum;
- Le système utilise des incitatifs financiers pour aligner les objectifs de la gouvernance, de la gestion, des organisations et des médecins;
- Les données sur les coûts, les résultats cliniques et la satisfaction de la clientèle sont disponibles et accessibles peu importe le lieu où se trouve le prestataire;
- Les cliniciens travaillent avec les autres parties prenantes pour assurer l'atteinte des objectifs (p. ex., pour tous les patients souffrant de comorbidités, le médecin développe un plan de soins avec les autres spécialistes affectés à ce patient);
- Le système et les prestataires améliorent continuellement la qualité de ses services.

On observe dans la littérature deux modes de financement pour orienter la transformation des services pour les patients SMC, le forfait et la capitation.

Les évidences sur l'efficacité des soins intégrés sont nombreuses (Diabetes UK, June 2011; Nolte, E. M. M., 2008; Stock, S., 2011). C'est ce qui a motivé certains gouvernements à investir dans la gestion et l'intégration des soins pour les malades SMC. Ceux qui l'ont fait ont adopté des mécanismes financiers pour orienter la transformation. Il apparaît que sans incitatifs, la transformation s'avère difficile et les exemples demeurent sporadiques (Stock, S., 2011; Nolte, E. K. C., 2008; NHS N. H., may 2013; Porter, M. E., 2011; Ham, Chris, March 2013).

On observe dans la littérature deux modes de financement pour orienter la transformation des services pour les patients SMC : le forfait et la capitation. Un *forfait* est un montant fixe accordé pour des services médicaux sur une période de temps donnée, payé d'avance. Le montant est déterminé par l'étendue des services qui sont couverts et la durée de la période. Les taux sont établis selon les coûts régionaux ou du pays en question. Une *capitation* est un forfait² où la couverture du risque de « santé » est transférée au prestataire, c'est-à-dire que le prestataire s'engage à assurer la prestation de tous les services de santé qui seront requis par le patient.

L'incitation liée à ces modes de paiement repose sur le fait que les tarifs sont établis à partir du coût moyen pour réaliser les activités sous contrat. Si le prestataire réalise les activités dont il a la responsabilité à meilleurs coûts, il garde le profit. En contrepartie, si ses coûts sont plus élevés, il doit assumer les pertes. Dans un contexte de services primaires, les cliniques sont des organisations privées qui appartiennent

et qui sont opérées par les médecins. Ces derniers ont toute liberté de déléguer ou de contractualiser certains services afin d'améliorer leurs résultats (par exemple, les services de laboratoire, les examens de la vue ou encore le suivi du patient par une infirmière).

Lorsqu'un omnipraticien signe un accord de capitation, une liste de services qu'il doit fournir est incluse dans le contrat. Le montant de la capitation est déterminé en fonction de cette liste.

LE « DISEASE MANAGEMENT PROGRAM » (DMP) ALLEMAND

Ce programme de gestion des maladies chroniques incite les prestataires à respecter davantage les évidences et à rendre les patients plus proactifs dans leurs soins. Il vise aussi à améliorer la qualité des soins, la coordination des soins entre les secteurs (primaire, secondaire et tertiaire) et entre les professionnels, ainsi qu'à réduire les coûts.

Le programme de DMP prévoit trois types d'arrangements financiers ou *paiements par patient inscrit (flux financiers)* :

1. *Du gouvernement au fonds d'assurance santé (FAS)* — Un forfait par patient inscrit pour financer les frais administratifs et de documentation et encourager le prestataire à s'engager (en 2011, 168 € par patient).

2. L'expression forfait est parfois utilisée pour désigner un mode de paiement lié au transfert de risque.



SoftID

Système d'identification positive des patients

- ✓ Assure une identification fiable des patients et des spécimens prélevés
- ✓ Détermine ce qui doit être prélevé à l'aide de création de listes de prélèvements
- ✓ Enregistre les informations réelles sur le spécimen (date, heure et ID du phlébotomiste)
- ✓ Exactitude des renseignements de prélèvement, augmentation de la qualité ET des résultats de laboratoires

Prévoyez un moment pour faire connaissance avec SoftID, l'outil de prélèvement informatique révolutionnaire !

2. Du FAS au prestataire pour chaque DMP (maladie) —

Le médecin reçoit 24 €³ par patient pour la première documentation du cas et 10 € pour les ajouts subséquents.

Il reçoit également un paiement par participant pour donner des formations de groupe (60 € pour 60 minutes) et une variété de paiements à la carte pour offrir des consultations par téléphone, en dehors des heures normales d'ouverture de la clinique.

Les consultations et examens sont financés à l'acte selon les prix négociés par les associations, mais le médecin reçoit 15 € par patient par trimestre en plus lorsque les services touchent des patients souffrant de maladies chroniques. Les références à un spécialiste sont également rémunérées à 5,11 €.

Autre incitatif — Le médecin reçoit des crédits de formation pour sa participation aux formations annuelles donnés sur le DMP.

3. Incitatifs financiers du FAS vers les patients — Les copaiements sont annulés pour les patients qui participent à un DMP, ce qui peut donner lieu à des épargnes importantes. Par exemple : un copaiement moyen de 10 € par médicament prescrit et 1 % pour les frais d'hospitalisation ou pour d'autres professionnels de santé. Autre incitatif pour le patient, il reçoit des soins de meilleure qualité.

Pour pouvoir participer à un DMP, le gouvernement exige que les médecins et les patients prennent l'engagement de respecter certaines règles.

- **Engagement des médecins avec le FAS** — Le médecin doit s'engager à coordonner les soins du patient, à fournir de la documentation, à soutenir l'autogestion de sa maladie par le patient, à donner des formations et à assurer le suivi des résultats. En plus, les prestataires doivent respecter d'autres standards de qualité, par exemple accuser un retard maximum de 30 minutes sur une consultation ou ouvrir la clinique le soir.
- **Engagement du patient avec le médecin** — Le patient s'engage à se présenter à tous les suivis et examens prescrits et à atteindre des objectifs de santé qu'il a établis avec son médecin.

Par ailleurs, le programme inclut un volet d'assurance qualité. Les objectifs nationaux sont opérationnalisés dans les algorithmes de benchmarks. Des rapports de suivis sont fournis aux prestataires afin de permettre des comparaisons transversales et longitudinales des résultats par patient, par médecin ou par clinique.

Les données montrent que l'Allemagne a obtenu une diminution importante des hospitalisations de patients souffrant de maladies chroniques, notamment chez les diabétiques. Ces diminutions ont contribué à diminuer les coûts moyens totaux de santé de ces patients lorsqu'ils sont comparés aux patients ne participant pas au programme. Il en résulte une

augmentation des coûts pour les soins primaires, compensée par une réduction plus importante des coûts hospitaliers.

LES « DISEASE CARE GROUPS » DES PAYS-BAS

Afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins pour les maladies chroniques, tout en contrôlant les coûts, le gouvernement des Pays-Bas a créé les conditions nécessaires pour que les compagnies d'assurance achètent des services de qualité et donc multidisciplinaires et conformes aux standards : « National Disease Specific Health Care Standards ». Le programme a débuté en 2007 avec le diabète, puis a été étendu en 2010 aux maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et aux maladies cardiovasculaires. Il s'agit de financer les services-activités qui ne sont pas directement liés aux soins des patients, mais qui sont essentiels à une offre intégrée de soins de qualité : coordination des services de santé, les technologies de l'information, la collecte et la communication des données (rétro-information).

Prémisses

1. Les soins pour les maladies chroniques requièrent des services multidisciplinaires,
2. Une portion importante des soins peut être donnée en première ligne,
3. Les soins doivent être conformes aux standards.

Description du forfait

Le prix du forfait varie entre 258 € et 474 € (2009) par patient par année. Il est négocié par la Compagnie d'assurance et le prestataire : le « Disease Care Group » (DCG). Le prestataire-DCG est responsable cliniquement pour les soins de première ligne et financièrement pour tous les patients enrôlés dans le programme (p. ex., diabète). Il s'agit donc d'une capitation. Les forfaits doivent inclure les éléments suivants :

- Les soins recommandés dans le guide de pratique « Diabetic Health Care Standards » établi par la Fédération Néerlandaise du diabète (NDF), incluant un examen tous les 12 mois et des suivis tous les trois mois, un examen annuel des yeux et des pieds.
- Des conseils sur la nutrition.
- Un soutien et des conseils pour arrêter de fumer.
- Des tests de Laboratoire (HbA1C, LDL cholestérol, Kidney function, microalbuminurie).
- De la formation et du soutien au patient sur l'autogestion des soins.
- L'examen amenant au diagnostic de la maladie n'est pas inclus.
- Les services et les consultations auprès des spécialistes ne sont pas inclus dans les forfaits. Dans le cas de complications, le patient est transféré aux soins d'un spécialiste. Dans ce cas, le patient n'est plus sous la responsabilité du DCG et le paiement du forfait pour ce patient est terminé.

3. La documentation implique de documenter (électroniquement) le cas et les indicateurs, de sorte qu'ils puissent être suivis subséquentement et intégrés dans les rapports de suivis et résultats.

La littérature sur les réformes des mécanismes de financement des services de santé suggère que les bénéfices proviennent de meilleures pratiques de gestion et de processus cliniques.

L'adhésion au programme par les prestataires est volontaire. Deux types de programme existent : un forfait ou un paiement pour les services de coordination, de communication et de TI ajouté à la capitation (déjà en place). Une évaluation des résultats réalisée par le National Institute for Public Health and Environment a révélé que les coûts par patient dans les soins primaires ont augmenté, mais que les patients inscrits aux forfaits ont utilisé 24 % moins de services des spécialistes (Rayden, Bundle payments in the Netherlands, 2013).

CE QUE NOUS POUVONS RETENIR

L'objectif commun des initiatives de soins pour les patients SMC de ces pays était de réduire les coûts de santé de ces patients. Pour ces pays, un meilleur contrôle des coûts passe par l'amélioration de la qualité des soins (résultats de santé). Puisque les contextes de départ, les programmes et les populations sont différents, nous ne pouvons comparer les résultats obtenus par rapport à l'effort investi par chaque juridiction. Il en serait de même pour le Québec. Toutefois, les constats suivants ressortent clairement :

- L'Allemagne et les Pays-Bas ont obtenu une amélioration des résultats de santé de la clientèle visée.
- L'amélioration des coûts par patient n'est pas immédiate. Pour les patients inscrits dans les programmes leur étant destinés, les coûts pour les soins primaires ont augmenté mais ils ont diminué dans les services hospitaliers, de 25 % aux Pays-Bas (Rayden, Bundled Payments for Integrated Care in the Netherlands, 2013) et de 14 % en Bavière (Nolte, E. K. C., 2008). L'Allemagne estime avoir amélioré la productivité des soins.
- Seuls les Pays-Bas ont obtenu une augmentation de la délégation interdisciplinaire. Ce résultat est attribué au fait que l'incitatif financier est une capitation pour la provision de tous les services cliniques recommandés.

- Les deux juridictions ont noté les limites de leurs initiatives pour aider les patients souffrant de comorbidités et qu'elles devaient maintenant améliorer l'intégration des services cliniques entre les disciplines et les secteurs.
- Les dossiers cliniques informatisés étaient déjà bien implantés dans les deux pays. Par ailleurs, il importe de noter le souci accordé à la mesure des coûts par patient, aux résultats et à la rétroaction pour soutenir l'amélioration continue de la valeur des services.

La littérature sur les réformes des mécanismes de financement des services de santé (Michael W. Painter, 2012; Stock, S., 2011) suggère que les bénéfices proviennent de meilleures pratiques de gestion et de processus cliniques. Le plus grand défi c'est de les transformer. Il apparaît que seul l'encouragement à changer les pratiques, sans incitatifs (financiers et autres) et soutien continu à la transformation, est peu efficace. Les paiements sont un incitatif essentiel pour orienter les actions des prestataires, mais l'amélioration soutenue dépend des systèmes de collecte et de publication d'indicateurs de résultats. Il ne semble pas exister un mode de paiement qui soit supérieur aux autres. Le meilleur mode de paiement dépend de la situation de départ d'un système de santé. ///

Références bibliographiques

- CASTONGUAY, J. (2014). *Le financement des soins chroniques*, CIRANO.
- DIABETIES UK (June 2011). *Diabetics Year of Care Evaluation Report*. Tribal, June.
- FAGHERAZZI-PAGEL, H. (2013). « Modèle de Wagner, les six piliers du Chronic Care Model (CCM) », *Chronicité Santé Société*.
- HAM, Chris; WALSH, N. (2013). "Making integrated Care happen at Scale and Pace". *Lessons from Experience*, The King's Fund.
- PAINTER, Michael W. et al. (2012). "Bundled payment across the U.S. Today: Status of implementations and operational findings". *Health Care Incentives Improvement Institute - HCI3*.
- MSSS, MEd. (2008). *Stratégie de prévention et de Gestion des maladies chroniques et plan d'action 2008-2013*.
- MSSS, MEd. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, Bibliothèque et Archives Nationales du Québec.
- NHS, N. H. (2013). *Integrated care and support: Our National Commitment*, May.
- NOLTE, E. et al. (2008). "Managing Chronic conditions; Experience in Eight Countries". *European Observatory on Health System and Policies*.
- NOLTE, E., McKEE, M. (2008). "Caring for people with chronic conditions - A health system perspective". *European Observatory on Health Systems and Policies Series*.
- PORTER, M. E. (2010). "What is Value in Health Care". *N Engl J Med* 363:2477-2481 December 23, 2010 DOI: 10.1056/NEJMp1011024
- RAYDEN, L. (2013). "Bundle payments in the Netherlands". *EuroHealth Observer*, p. 15.
- RAYDEN, L. (2013). "Bundled Payments for Integrated Care in the Netherlands". *EuroHealth*, 2.
- SHORTELL, S. A. (2000). *Remaking Healthcare in America*. Jossey-Bass Health Care series, second edition.
- STOCK, S. et al. (2011). "Disease-management programs can improve Quality of Care for the Chronically ill, even in a weak primary care system: a case study from Germany". *The Commonwealth Fund*.
- WAGNER, E. H. (1998). "Chronic Disease management: What will it take to improve Care for Chronic Illness?" *Effective Clinical Practice*.