

Kaiser Permanente (KP) : **Une inspiration pour le Québec ?**

Présentation au
Séminaire du Pôle Santé – HEC Montréal

Léonard Aucoin, M. Ps., M.P.H., président
InfoVeille Santé

Montréal, le 20 janvier 2015



infoveillesante.com

En préambule...

- Aux États-Unis, plusieurs “systèmes” de soins de santé
 - On y trouve les meilleurs et les pires
- KP = un système intégré de soins de santé
- Mise en garde:
 - Long historique (1933...), évolution par étapes
 - Pas transposable tel quel au Québec : environnement politique différent – environnement économique différent (privé – concurrence)
 - KP n’est pas un système parfait. Il n’y en a pas...
 - Mais ça vaut la peine d’aller voir... Leçons à en tirer



Un peu d'histoire...



infoveillesante.com

Il était une fois dans l'ouest ...

- **1933 - 1937:** Le Dr. Sidney Garfield emprunte \$\$\$ et bâtit un petit hôpital (12 lits) dans le désert Mojave (Projet de l'Aqueduc de Los Angeles)
 - Beaucoup d'ouvriers non assurés, ne peuvent pas payer : Grande Dépression
 - Capitation à 0,05 \$/jour via entrepreneurs et les Cies d'assur. : Maintien de la santé
- **1938 - 1941:** Barrage de Grand Coulee (Washington), 6,500 travailleurs + familles, le plus grand barrage de l'époque :
 - Dr Garfield recrute des MDs, capitation, premier "*prepaid group practice*"
- **1942 :** Entrée en guerre des USA, Chantiers maritimes Kaiser en Californie (*Liberty Ships*) :
 - 30 000 travailleurs, région de San Francisco, association Kaiser-Garfield (HMO)¹

¹avec l'aide du président Roosevelt

Il était une fois dans l'ouest ...

- **1945** : Fin de la guerre: de 90 000 à 13 000 travailleurs, de 75 à 12 MDs
 - Kaiser et Garfield veulent continuer leur association
 - Fondation officielle du Kaiser Permanente Health Plan (octobre)
 - Le grand public peut s'inscrire à Kaiser
- **1948** : le *Permanente Medical Group* est formé (Groupe de MDs)
- **1955** : 300 000 assurés en Californie du Nord, appui des grands syndicats
- **1960 – 1990** : expansion géographique limitée
- **Depuis 1995**, intégration, modernisation, systèmes d'information, mesures de performance



KP : Une organisation intégrée



infoveillesante.com

KP en un coup d'oeil...¹

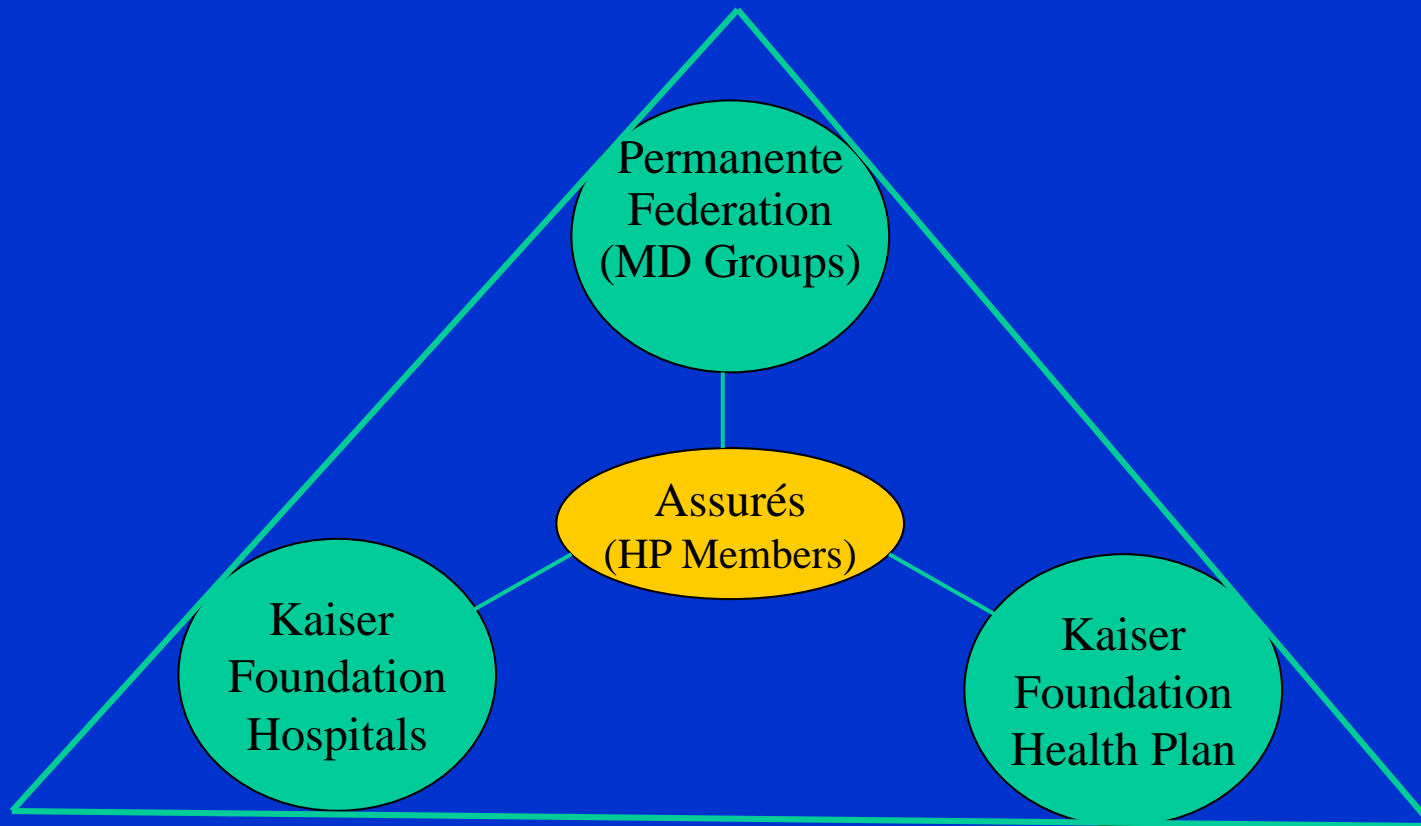
- Compagnie d'assurance + organisations de soins + groupes MDs
- Privé mais, globalement, sans but lucratif
- 9,1 millions d'assurés (7,3 millions en Californie)
- 7 régions :
 - Californie du Sud, Californie du Nord, Colorado, Littoral de l'Atlantique (Virginie, Maryland, Washington DC), Nord-Ouest (Oregon, Washington), Georgie, Hawaï
- 17 400 médecins (19 150 actifs au Québec)
- 48 300 infirmiers (ères) (56 000 au Québec – réseau public)

KP en un coup d'oeil...¹

- 174 400 employés
- 38 hôpitaux (propriété)
- 608 cliniques médicales et autres cliniques
- 36,5 millions de visites médicales
- 93 700 accouchements (84 300 au Québec)
- 53,1 milliards \$ de revenus annuels

¹ Données 2013

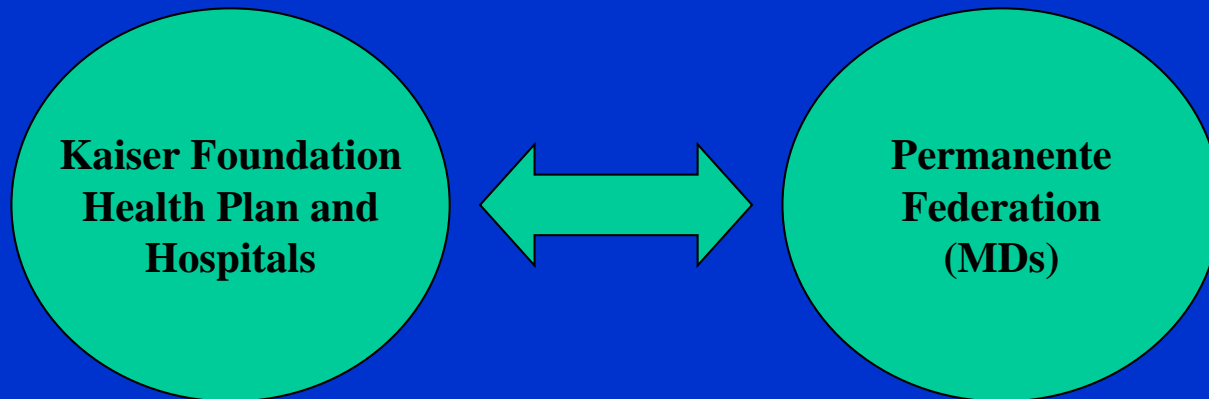
KP : Les “acteurs”



KP : Les “acteurs”

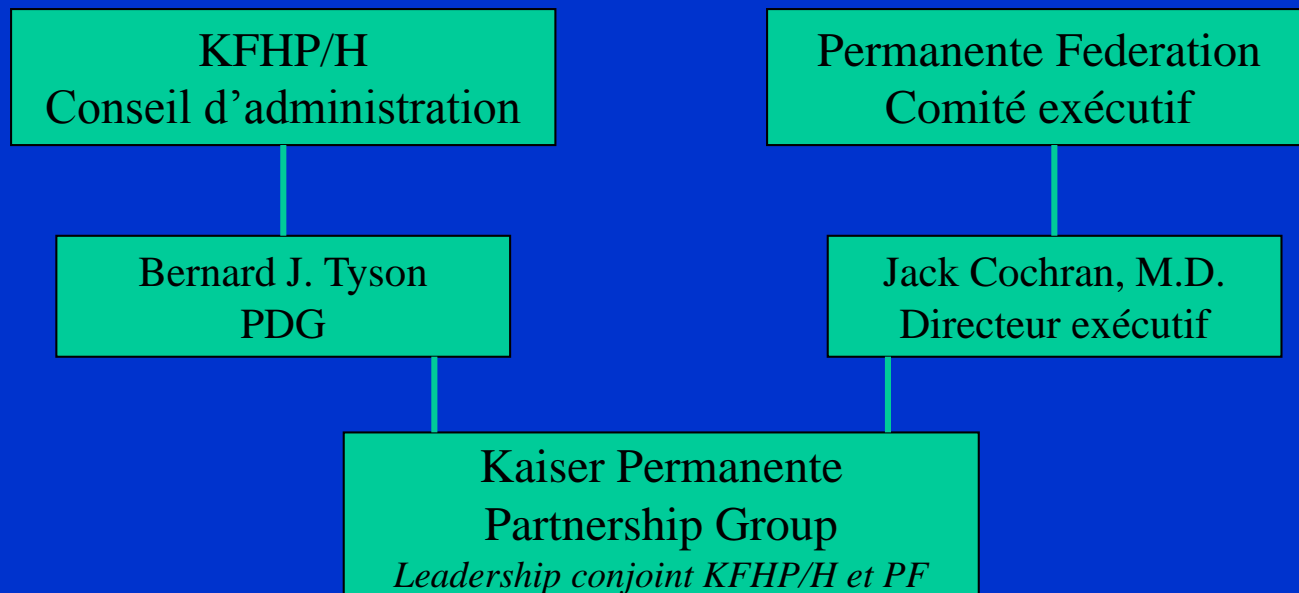
- **Kaiser Foundation Health Plan** : Corporation sans but lucratif (Assureur)
 - Offre des plans individuels, familiaux et de groupe. Accès à une large gamme de services **pré-payés**.
 - Paiement de primes selon le plan choisi. Faibles tickets modérateurs (*copayments*) et franchises (*deductibles*). Maximum annuel de déboursés pour l'assuré.
 - Contrat avec hôpitaux et groupes médicaux pour offrir ces services
- **Kaiser Foundation Hospitals** : Corporation sans but lucratif (Hôpitaux)
 - 7 filiales. Possèdent et gèrent des hôpitaux et des centres ambulatoires – cliniques médicales
 - Offrent l'accès à des services hospitaliers et ambulatoires. Peuvent sous-contracter à d'autres hôpitaux.
- **Permanente Federation** : Corporation à but lucratif (Médecins)
 - Composée de 7 *Permanente Medical Groups*, partenaires cliniques et d'affaires.
 - Offrent les soins médicaux et coordonnent l'ensemble des soins de santé, y inclus préventifs

KP : Un partenariat stratégique



- **Vision commune**
- **Relation exclusive**
- **Gouvernance et prise de décision conjointes**
- **Fonctions corporatives**

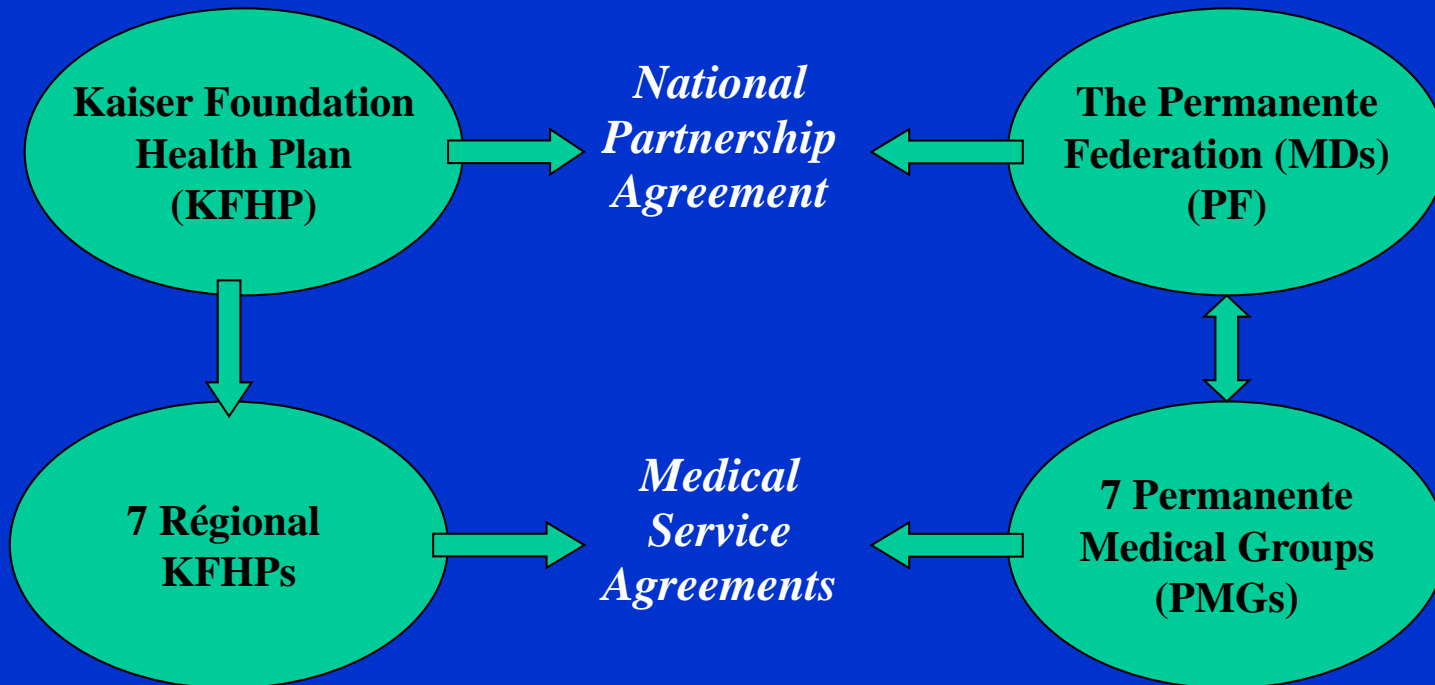
KP : La structure de gouvernance



KP : Kaiser Permanente Partnership Group

- Composé du comité de direction (PDG – VP) de KFHP/H et du comité exécutif de la Permanente Federation
- Définit les structures et processus de gouverne et les grandes orientations stratégiques nationales : croissance, objectifs, investissement des “profits”
- Gère les fonctions corporatives
- Est responsable et imputable pour qualité des soins, performance financière, expansion géographique, développement des technologies
- Se réunit mensuellement:
 - *“We decide and we put the \$\$\$”*

KP : La relation contractuelle avec les MDs



KP : La relation contractuelle avec les MDs

- Partenariat d'affaires sur le plan clinique et financier
- Co-gestion clinique et administrative nationale, régionale et locale
- KFHP régionaux paient les PMG régionaux sur une base de capitation + mesures de qualité (*capitation with quality*)
- PMGs paient les MDs à salaire avec excellents avantages sociaux et petit bonus de groupe (< 5%), en fonction de résultats cliniques
- Contrats individuels entre chaque PMG et les MDs avec objectifs de résultats, indicateurs mesurables et évaluation individuelle annuelle par les pairs. MDs ne sont pas des “employés” de KFHP.

Une performance reconnue



infoveillesante.com

Quelques résultats

- Les régions de KP sont régulièrement classées parmi :
 - Les “Top 20” plans d’assurance-maladie aux USA (sur plus de 550 évalués)
 - Les “5/5 étoiles” des soins pour les patients de Medicare (programme fédéral des 65+ ans)
 - Les “4/4” étoiles en termes de satisfaction des patients
- Agences d’évaluation:
 - US Centers for Medicare and Medicaid Services (*Medicare Star Quality Rating System*)
 - National Committee for Quality Assurance (NCQA) (*Health Insurance Plan Rankings*)
 - California Office of the Patient Advocate (*Clinical Quality Report Card by patients*)
 - The Leapfrog Group (*Top Performing Hospitals*)
 - J.D. Power and Associates (*Member Health Plan Study*)

Quelques résultats (suite)

- Les régions de KP sont souvent reconnues comme les meilleures en termes de :
 - Qualité et sécurité des soins (*Eisenberg Award*)
 - Satisfaction de la clientèle (*Forrester Research*)
 - Soins pour AVC et cardiopathies (*American Heart Ass., American Stroke Ass.*)
 - Contrôle des facteurs de risques pour le diabète et les problèmes cardiovasculaires (*California Dept of Managed Health Care*)
 - Qualité des hôpitaux « *Best Hospitals* » (*U.S. News & World Report*)
 - Systèmes d'information clinique (*Enterprise Davies Award, de HIMSS*)
 - Coût-efficacité (*Hewitt Health Value Initiative*)
 - Leadership innovateur (Articles de *Harvard Business Review* et *The Economist*)

Quelques résultats (suite)

- Une étude de *The Commonwealth Fund*, en 2009 : Excellente performance de KP sur les 6 caractéristiques « idéales » d'un système de soins de santé:
 - Continuité et fluidité de l'information clinique
 - Coordination des soins et gestion des transitions
 - Imputabilité claire pour l'ensemble des soins aux patients
 - Travail collaboratif (*teamwork*) interdisciplinaire et inter établissements et contrôle par les pairs (*peer review*)
 - Innovation et apprentissage continu pour améliorer qualité, valeur et expérience patient
 - Accès facile aux soins appropriés

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Case%20Study/2009/Jun/1278_McCarthy_Kaiser_case_study_624_update.pdf

Les facteurs clés de succès



infoveillesante.com

Facteurs clés de succès

1. Principes directeurs clairs et cohérents

- Promotion de la santé et prévention des maladies
- Prise en charge intégrée de tous les soins, en équipe, par le MD de première ligne
 - Coordination de la trajectoire complète de soins, surtout maladies chroniques
- Interdisciplinarité et travail d'équipe (*Collaborative*), responsabilité collective
- Mesure de la performance clinique et évaluation par les pairs (accès, pertinence, qualité, efficience, expérience client)
- Responsabilisation des patients et des proches (*Self Care, Self Management, Shared Responsibility*)
- Salariat des MDs + incitatifs de groupe re. performance
- Partenariat patronal – syndical (*Labor Management Partnership*)

Facteurs clés de succès

2. Intégration

- Intégration des fonctions d'assurance et de prestation des soins
- Intégration budgétaire (hôpitaux, médecins, médicaments, etc.)
- Intégration stratégique (gouverne et gestion conjointe et unifiée)
- Intégration clinique
 - Toutes les populations d'assurés
 - Toutes les dimensions et niveaux soins (promotion, prévention, diagnostic, traitement, réadaptation – 1^è, 2^è et 3^è ligne)
 - Tous les lieux de soins (domicile, communauté, ambulatoire, hôpitaux)
 - Toutes les disciplines (*multi-specialty*)

Facteurs clés de succès

3. Responsabilité et imputabilité collective des MDs

- Sur le plan de l'état de santé des assurés (responsabilité populationnelle et approche populationnelle)
- Sur le plan de la qualité des résultats cliniques et de l'expérience patient
- Sur le plan de l'utilisation des ressources (efficience) et des objectifs d'affaires ("profits")
- Sur le plan du leadership de gouvernance et de gestion¹

¹Les MDs qui occupent des postes de gestion clinique ou administrative doivent compléter, au minimum, une formation KP en management (**Advanced Leadership Program**, 2 semaines)

Facteurs clés de succès

4. Centralisation ET décentralisation

- Centralisation de :
 - Vision, Valeurs, Grandes politiques, Stratégies corporatives
 - Fonctions corporatives (RH, RF, RM, TI, Achats, Communications, Recherche)
 - Systèmes de soutien aux pratiques cliniques et à leur évaluation
- Décentralisation de :
 - Pouvoir de décision des activités cliniques et de promotion de la santé
 - Activités d'évaluation et d'amélioration des pratiques cliniques

KP : Facteurs-clé de succès

5. “Alignement des planètes” → Intégration clinique

- Culture
 - Vision, valeurs et normes communes et partagées
- Stratégie
 - Intégration clinique = “la” priorité stratégique
- Structure
 - Sur le plan clinique, les rôles, responsabilités, pouvoirs, information sont décentralisés
- Ressources humaines
 - Recrutement, formation, mode de rémunération et incitatifs → intégration clinique
- Technologies
 - TI, registres, documentation, autres outils en soutien à l’intégration clinique

Facteurs clés de succès

6. Utilisation exemplaire des TI et du Web

- Investissement de 4G\$ sur 10 ans : **Information** avant Informatique
 - DMÉ complet, *Health Connect*, avec outils d'aide à la décision, guides de pratique clinique, indicateurs cliniques et de gestion
 - Le plus important DMÉ intégré au monde
- Depuis 2010, intervenants et assurés ont, partout et en tout temps, accès à *Health Connect* via le portail *My Health Manager*
- *Health Connect* permet de mesurer la performance (*Value*) :
 - Des médecins et des équipes, évaluée par les pairs
 - Des programmes, des cliniques, des régions
- *Health Connect* = source d'études cliniques, d'études populationnelles et d'études d'utilisation des ressources, via les entrepôts de données et les registres (> 50)

Facteurs clés de succès

6. Utilisation exemplaire des TI et du Web (suite)

- 4,4 millions de membres adultes utilisent *My Health Manager*¹
 - 3,6 millions de demandes de rendez-vous “en ligne” (300 000 / mois)
 - 14,8 millions de renouvellements de prescriptions “en ligne”
 - 34,4 millions de résultats de tests de laboratoire vus “en ligne”
 - 14,7 millions de courriels envoyés entre assurés et intervenants
 - 455 500 applications mobiles KP téléchargées pour Iphone, Ipad, Android
 - Courriel, Rendez-vous, Dossier pharmaceutique, Dossier médical, Activités de prévention, Suivi de marche, Suivi des dépenses de santé

¹Données 2013

Facteurs clés de succès

7. Approche d'investissement à long terme

- Les “profits” sont investis en :
 - Projets d'amélioration de la qualité
 - Projets d'amélioration de l'efficacité
 - Nouvelles technologies
 - Nouveaux services
 - Projets santé dans les communautés
 - Formation
 - Évaluation et recherche

Facteurs clés de succès

7. Approche d'investissement à long terme (suite)

- Exemples :
 - *HealthConnect, My Health Manager*
 - *Care Management Institute*
 - *Garfield Innovation Center*
 - *KP Center for Total Health*
 - *Every Body Walk ! App.*
 - *Farmers Markets*
 - *Thriving Schools for Health*
 - *Educational Theatre Program*
 - *Safety-Net Clinics*

Différences entre KP et le Québec



infoveillesante.com

Les principaux écarts

- Le système de santé québécois englobe tous les MDs :
 - KP choisit des MDs qui partagent sa vision et ses valeurs
 - *Permanente Federation* = Partenaire d'affaires (clinique et administratif) , ≠ Syndicat
- Historique différent de la pratique médicale et de l'organisation politique de la médecine au Québec :
 - Mode de rémunération majoritairement à l'acte
 - Pratique solo ou en petits groupes par spécialité (GMF, cliniques médicales)
 - Syndicalisation médicale : négociations conflictuelles FMOQ / FMSQ - Gouvernement
 - Clivage omnipraticiens – spécialistes

Les principaux écarts

- MDs québécois peu impliqués en gouverne et gestion clinique et administrative :
 - Aucune formation spécifique
 - Peu d'incitatifs
 - Peu d'imputabilité organisationnelle : pas d'ententes contractuelles
 - Gestionnaires du réseau souvent inconfortables et peu habiles face au « pouvoir » médical
- Système québécois non intégré, silos de financement et de gestion (RAMQ – MSSS) :
 - Pas de vision et pas de gouverne intégrée du « système » de soins de santé
 - RAMQ = essentiellement un agent payeur. Pas d'analyse de pertinence et de qualité des actes et des services

Les principaux écarts

- Gestion “politicienne” du système de santé
 - Changement fréquent de ministre¹ : incertitude, instabilité, enjeux de cohérence
 - Médiatisation et politisation des « anecdotes » :
 - Conséquence : micro-gestion centralisée
 - Prise de décision confuse, responsabilités éclatées, déresponsabilisation des gestionnaires
- ¹ 1994 – 2014 : 8 ministres titulaires du MSSS*
- Approche financière et budgétaire : morcelée, court terme, courte vue
 - Silos budgétaires
 - Pas de tradition de gestion pluriannuelle
 - Pas d’approche sérieuse et cohérente d’investissements

Les principaux écarts

- **Systemes d'informations non intégrés, inefficaces**
 - Aucune vision d'une architecture intégrée d'informations de santé (besoins)
 - Systemes / applications achetées sans plan d'ensemble, souvent sans interopérabilité
 - Problèmes de validité et de fiabilité des données
 - Peu de données sur les services ambulatoires
 - Peu de données populationnelles
 - Très peu de registres sur des conditions spécifiques de santé
 - Extrêmement difficile d'analyser les liens entre données d'accessibilité – pertinence – qualité – coûts – satisfaction de la clientèle

**Les défis pour que l'inspiration KP
mène à l'action...**

ou les 8 travaux d'Astérix...



infoveillesante.com

Les défis (secteur Santé)

- Clarifier la vision, les valeurs, la philosophie de gouvernance et la philosophie de gestion de notre « système » de santé : donner du sens et de la cohérence
- Clarifier et différencier ce qui doit être centralisé de ce qui doit être décentralisé
- Adapter et intégrer les mode de financement / budgétisation / rémunération et en faire des leviers de transformation et de gestion
- « Dépolitiser » et revaloriser la gestion – le *Making Things Happen*

Les défis (secteur Santé)

- Intégrer le corps médical comme un « partenaire » de gouvernance et de gestion, et le rendre responsable et imputable :
 - Mode de rémunération et incitatifs en fonction des résultats attendus, sur le plan clinique et administratif
 - Ententes contractuelles : autonomie clinique dans le cadre des ententes, processus de contrôle clinique par les pairs, avec données comparatives
 - Formation et soutien
- Réorienter les efforts de maîtrise des coûts sur le 15 – 30% de non pertinence des activités cliniques – *Choosing Wisely*

Les défis (secteur Santé)

- Introduire de la flexibilité dans l'organisation du travail (ordres professionnels, syndicats) pour favoriser, sur le terrain :
 - Le travail collaboratif,
 - L'innovation
 - La transformation organisationnelle
- Identifier les besoins « réseau » de circulation et de partage d'informations cliniques et se doter d'une architecture intégrée d'informations de santé
 - Adapter les systèmes / applications en conséquence, avec interopérabilité

En conclusion... et avec réalisme

- *« La critique est aisée, mais l'art est difficile »*

Philippe Néricault, dit Destouches

- *« Il est toujours sage de regarder en avant, mais il est difficile de regarder plus loin qu'on ne peut voir. »*

Sir Winston Churchill

- *« Il ne suffit pas de savoir, il faut appliquer. Il ne suffit pas de vouloir, il faut agir. »*

Goethe + Institute of Medicine

Merci.

Discussion



infoveillesante.com