Katrin Eggimann, Andreas Wasmer

Reflet de la réalité ou fausse précision?

Les modèles mesurant le succès financier donnent-ils une image correcte et appropriée de la performance des réseaux de soins?

La grande majorité des contrats passés entre les assureurs et les réseaux de médecins prévoit une coresponsabilité budgétaire, basée sur une estimation du résultat financier donnant lieu à un système d'indemnisation de type bonus-malus. Les trois organisations de Managed Care Argomed, eastcare et hawadoc ont constaté que les résultats de nombreux réseaux de médecins sont soumis à de très fortes variations, qui ne s'expliquent pas par les activités et les prestations effectivement fournies par ces réseaux. C'est pourquoi ces organisations de soins intégrés ont analysé, avec l'aide du partenaire de projet et analyseur de systèmes BlueCare, les différents modèles de calcul utilisés à l'heure actuelle, puis formulé une série de recommandations à ce propos.

Deux thèses sont proposées

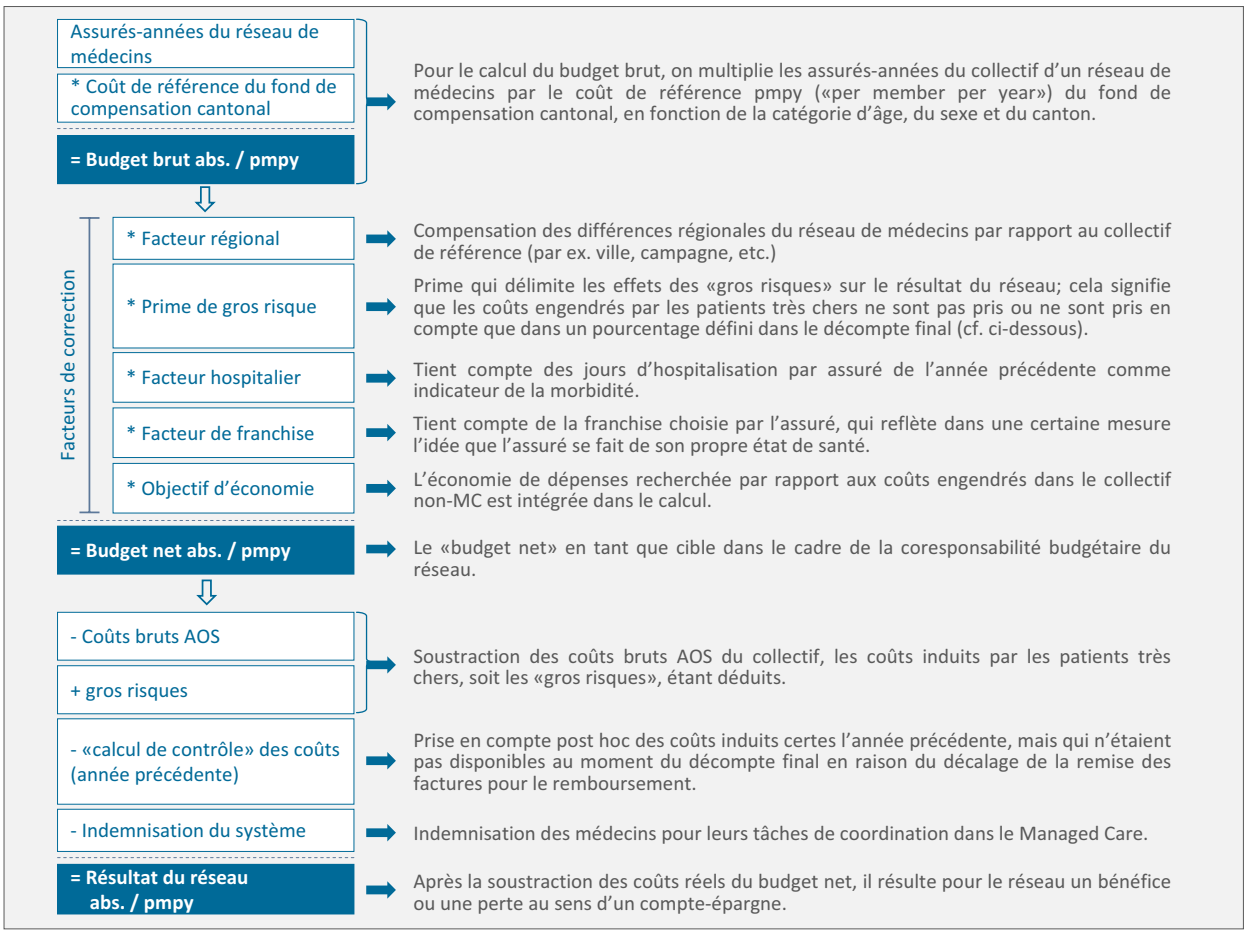
Plusieurs études ont montré ces dernières années que le Managed Care a des effets positifs sur les coûts [1–4] et le présent article n'a aucunement l'intention de remettre en question l'intérêt des systèmes de soins intégrés – au contraire: les participants au projet sont convaincus que les principes et les éléments de base, tels que le gatekeeping (coordination des soins), l'organisation en réseau, l'évitement des doublons, le recours parcimonieux aux ressources limitées, la transparence des coûts, les cercles de qualité et la coresponsabilité budgétaire constituent une contribution importante et efficace à l'amélioration de la qualité des soins de base et au frein aux dépenses dans le domaine de la santé.

Ce sont les modèles d'évaluation des performances financières des réseaux de médecins qui ont fait l'objet d'une étude réalisée en 2011. Deux thèses ont été avancées:

Thèse: *La mesure des résultats financiers reflète fidèlement la performance des réseaux de soins. La mesure des performances financières constitue par conséquent un instrument suffisant pour mesurer la performance globale des réseaux.*

Antithèse: *Dans les modèles de calcul des performances financières, le hasard et/ou les lacunes dans les méthodes de calcul influencent de manière déterminante le résultat. Il faut, en plus des mesures de la performance financière, d'autres critères de qualité pour mesurer la performance d'un réseau de médecins et les économies qu'il permet d'obtenir.*

Figure 1
Exemple de modèle de calcul des résultats d'un réseau.



Que signifie précisément «coresponsabilité budgétaire»?
«Coresponsabilité budgétaire» signifie participation aux bénéfices et aux pertes sur la base d'un contrat passé entre les assureurs et les prestataires de soins (médecins) pour le collectif d'assurés du réseau de Managed Care. Le calcul pour déterminer le «bénéfice» est basé sur la différence entre le budget estimé en fonction des risques effectifs et les dépenses effectives. Comme il s'agit d'un budget «prévisionnel», autrement dit uniquement d'un montant cible, il n'est pas possible – comme le reflètent les réticences fréquemment avancées – qu'un budget soit «épuisé» à l'automne et induise par la suite un «défauts de soins». Au-delà de la participation aux bénéfices et aux risques (système de bonus-malus), les réseaux de médecins perçoivent en règle générale aussi une indemnité forfaitaire, qui dédommage les praticiens pour les tâches de régulation qu'ils assument dans le cadre du Managed Care.

Calcul des résultats du réseau pmpy
Les assureurs remettent aux réseaux de médecins des résultats par assuré et par année (pmpy = per member per year) sous la forme d'un décompte final (également appelé décompte du système). Les méthodes de calcul et les paramètres du modèle peuvent différer d'un contrat à l'autre. Le modèle décrit dans la figure 1 n'est donc qu'un exemple illustratif.

Trois organisations de Managed Care – une seule et même constatation
Les trois organisations de Managed Care Argomed, eastcare et hawadoc ont examiné avec le concours de BlueCare les mécanismes de calcul proposés dans les différents contrats de Managed Care. Ce travail fait suite à la constatation que les résultats de nombreux réseaux de médecins sont sujets à de fortes fluctuations dont les raisons restent largement inexpliquées. Ce sont les données de 34 réseaux de soins intégrés comprenant 1340 médecins gatekeepers (médecins coordinateurs) et environ 600000 assurés qui ont été prises comme base de calcul. Ceci a permis d'obtenir une couverture régionale relativement vaste. Les décomptes finaux de certains assureurs et réseaux de médecins sur une durée de trois ans ont servi de paramètres de calcul dans cette analyse.
Il s'est avéré que de petits écarts de certains de ces paramètres pouvaient déjà inverser une tendance et par exemple positiver un résultat initialement négatif. Nous allons nous intéresser ci-dessous aux causes, autrement dit aux lacunes des différents paramètres utilisés dans les modèles actuels.

Les collectifs de patients sont souvent trop restreints
Dans de nombreux cas les collectifs de patients sont trop petits pour permettre une appréciation statistique cohérente des résultats. L'étude de Beck [1] suggère qu'il faut dans la mesure du possible une population de l'ordre de 10000 assurés pour permettre une appréciation correcte de la performance d'un réseau. Helsana [5] a fait une simulation pour estimer la dispersion des résultats en fonction de la taille dans 500 collectifs choisis de manière aléatoire: les résultats du réseau intégrant une population de par ex. 2000 assurés sont sujets à des variations de ± 4%. Si on confronte maintenant ces fluctuations à la pratique sur le terrain, où l'objectif d'économie est de 10% et détermine en définitive le bonus-malus, cet objectif d'économie comporte clairement une certaine part d'arbitraire.

La présence des assurés d'un système de Managed-Care dans le système de compensation des risques cantonaux fausse la base de comparaison
Il faut aussi souligner que l'utilisation de la compensation des risque cantonaux comme collectif de référence pour les coûts dans le calcul du budget fait entrer la même «erreur» systémique par le fait que (a) ce collectif de coûts de référence comprend les assurés en MC et que (b) les assurés hors MC «bénéficient» du système des soins intégrés. Une utilisation plus systématique des génériques en lieu et place des originaux dans l'ensemble de la population de patients donne par exemple des effets manifestes. Si on fait ensuite des comparaisons avec les coûts de référence de la compensation des risques, on ne fait pas une comparaison avec la population hors MC, puisqu'on compare dans une certaine mesure le collectif MC avec lui-même. L'augmentation de la proportion des assurés adhérant au système de Managed Care qui s'annonce va encore renforcer cet effet.

Manque de transparence et spécifications insuffisantes
Les modèles de calcul ne sont pas assez bien définis dans les contrats de Managed Care et ceci malgré le fait que les différences de constellation des paramètres de calcul jouent un rôle significatif dans le résultat du réseau. De plus, l'intervalle de temps déterminant pour le calcul des coûts (à quelle année les dépenses sont-elles attribuées?) varie par exemple d'une caisse à l'autre.

Les facteurs de correction ont une grande influence sur le résultat du réseau
Concernant les facteurs de correction, on peut dire en résumé qu'ils n'améliorent en rien l'exactitude des résultats du réseau. D'autant plus que le recours aux facteurs de correction accentue encore la problématique des collectifs trop petits et que l'appréciation de la performance devient encore plus arbitraire.
De l'avis des médecins du réseau, il serait grand temps d'intégrer une *assurance pour les hauts risques*. Le nœud de ce chapitre du contrat réside cependant dans le fait que ce facteur se calcule à partir d'un collectif d'assurés que l'assureur est seul à connaître et que les différentes positions tarifaires des cas à haut risque *ne* sont le plus souvent *pas* communiquées aux réseaux de médecins. Pour une prise de risque identique, les facteurs de haut risque diffèrent considérablement entre les assureurs.
Le *facteur hospitalier* reflète certes en partie la morbidité, mais désavantage les réseaux de médecins qui tentent de raccourcir si ce n'est éviter les séjours hospitaliers: un moins grand nombre de séjours hospitaliers l'année précédente entraîne une diminution du budget pour l'année en cours. Le facteur hospitalier représente donc – du moins en théorie – un facteur incitatif négatif et se trouve en conflit avec les objectifs fondamentaux du Managed Care.
Dans le *calcul post hoc*, ce ne sont que les coûts bruts des AOS qui entrent dans le résultat du réseau. Or, ce calcul post hoc ne figure pas dans la détermination des budgets, des facteurs de correction et des hauts risques. Ce mode de calcul déséquilibré a pour conséquence que le *calcul post hoc* induit automatiquement une péjoration du résultat du réseau, si bien que les médecins des réseaux ne sauraient y souscrire, du moins dans sa forme actuelle.

Conclusion et recommandations

L'antithèse est confirmée: le hasard et/les lacunes jouent un rôle trop important dans les différents modèles de calcul utilisés pour mesurer les résultats financiers des réseaux. L'évaluation de la performance d'un réseau de médecins et des économies potentiellement réalisables nécessite davantage qu'un calcul de la performance financière pure, en particulier une série de critères qualitatifs.

Les constatations faites dans le cadre de ce projet montrent qu'on essaie certes de faire une estimation précise et aussi proche que possible de la réalité, mais qu'il faut aussi que les réseaux de médecins et les assureurs soient *conscients des limites des mécanismes de calcul actuellement utilisés*:

- Dans de nombreux cas l'objectif d'économies est exagéré en raison de la grande dispersion dans les modèles de calcul. On devrait dès lors soit *utiliser pour le calcul une base de coûts de référence plus solide*, soit *convenir d'objectifs d'économies* réalistes (slogan «corridor d'économie»).
- Il est également essentiel dans ce contexte que les assureurs soient *appelés à communiquer* les bases de référence et les méthodes de calcul, afin que les résultats soient compréhensibles pour les réseaux de médecins.
- Il est conseillé de définir un *collectif d'assurés minimal* dans les contrats entre réseaux de médecins et assureurs: idéalement, la taille du collectif devrait atteindre au minimum 10000 assurés MC, mais si on se réfère à la situation actuelle un seuil de 5000 serait déjà un premier pas dans la bonne direction. Cela pourrait par exemple se faire par le pooling de plusieurs réseaux de médecins lors des négociations contractuelles.
- L'utilisation des données de performance dans le collectif des assurés standards – *Pool de données de Santésuisse* – comme coûts de référence est une option qui permettrait d'améliorer quelque peu la comparaison avec «l'extérieur».
- Le *calcul post hoc* doit être pris en compte de manière systématique pour tous les facteurs significatifs figurant dans le modèle de calcul. Mieux vaut renoncer au calcul de contrôle lorsque ce n'est pas possible.
- A long terme, il s'agit d'intégrer des *indicateurs de morbidité* dans l'estimation du résultat financier. Une implémentation du TMI, qui reflète le degré de morbidité chronique sur une échelle de sept allant de «sain» à «polymorbide», serait probablement l'option la plus judicieuse. Malheureusement, la mise en œuvre et le suivi d'un instrument de ce type, qui n'a aucune valeur ajoutée immédiate sur le plan médical, serait difficile à défendre dans la pratique. Une différenciation des coûts de référence du fond de compensation selon les «jours d'hospitalisation de l'année précédente oui/non» est en vigueur depuis l'année de compensation 2012 et donne une image plus fidèle de la morbidité. L'objectif visé en finalité est toujours une meilleure compréhension des modalités de calcul moyennant un coût administratif raisonnable.

Les partenaires du projet parviennent ainsi à la conclusion que le modèle d'évaluation des résultats doit être complété par d'*autres critères de nature financière et non-financière déterminants pour la régulation du système* et que la dimension «*bénéfice pour le client/patient*» doit également trouver une plus grande place dans cette évaluation. La figure 2 illustre à titre d'exemple différentes composantes de la performance qui pourraient servir de base à l'élaboration d'un contrat modulaire.

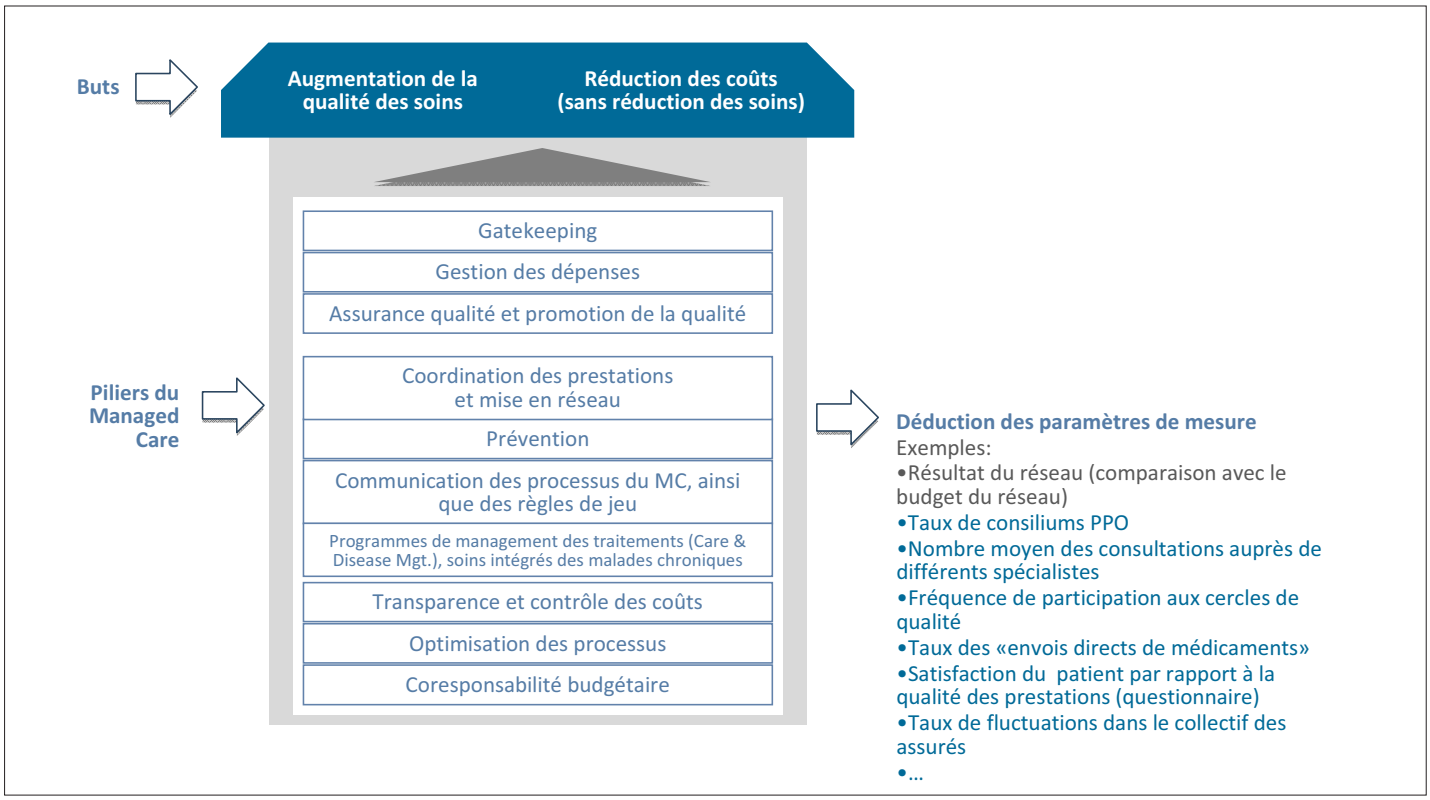


Figure 2
Composantes de la performance qui pourraient servir de base à la structure modulaire d'un contrat.

– Comme *mesure de l'output* – le résultat du réseau pmpy en est une – on pourrait par exemple retenir le paramètre «Degré de mise en œuvre du consensus thérapeutique» pour attirer l'attention sur un aspect important, clairement influençable par les médecins du réseau et directement en rapport avec les efforts de réduction des coûts et la qualité des soins.
– Les *mesures de l'input* en tant que reflet des efforts – et non comme reflet des résultats de ceux-ci – peuvent être des indicateurs de soins intégrés actifs et donc efficaces. Entrent dans ce cadre toutes les activités et les mesures servant l'objectif premier d'une amélioration de la qualité des soins associée à un frein aux dépenses. Parmi les paramètres de mesure, on citera par ex. la *fréquence de participation à des cercles de qualité* et le *taux de consiliums auprès de PPO* (proportion des «consiliums auprès de preferred provider organizations» par rapport à l'ensemble des consiliums).
– Les questions-clés dans la définition de ces paramètres sont les suivantes: le paramètre va-t-il dans le sens recherché, autrement dit est-ce que le paramètre pousse les comportements dans la bonne direction et est-ce qu'il mesure effectivement ce qu'il est sensé mesurer? La série de valeurs de mesure est-elle équilibrée, en d'autres termes ne résulte-t-elle pas en mesures de régulation inappropriées et non souhaitables?

Le développement de ce type de critères de mesure de la performance se déroule idéalement dans le cadre d'un projet commun mené par les assureurs et les médecins de réseau, afin de garantir d'emblée une acceptance aussi large que possible. On peut recommander la procédure suivante: au cours d'une première phase, définition des buts et des critères, ainsi que des paramètres de mesure envisageables. Dans une seconde phase, collecte de ces données, ce qui peut déjà se faire dans le cadre du contrat établi, mais sans encore en tirer de conséquences financières, c'est-à-dire sans mouvements sur le «compte-épargne». Enfin, dans une troisième phase, une fois que des valeurs de références seront disponibles sur une période suffisamment longue, définition des valeurs cibles (budget) qui pourront être ancrées dans les contrats. Les assureurs se sont montrés ouverts à la discussion tout au long du présent projet.

Les partenaires du projet:
• **Argomed** *gère aujourd'hui 18 réseaux de médecins, comprenant* 700 médecins et quelques 350 000 assurés; il est présent dans cinq cantons.
• **eastcare** gère actuellement 11 réseaux de médecins, comprenant 400 médecins et environ 180 000 assurés en Managed Care.
• **hawadoc** gère actuellement 5 réseaux de médecins, comprenant 270 médecins et 90 000 assurés en Managed Care.
• **BlueCare** est une société de conseil qui propose ses services aux différents acteurs du système de santé.

Littérature

1 Beck K, Kunze U, Buholzer M, Trottmann M. Steigern Schweizer Ärztenetze die Effizienz im Gesundheitswesen? CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie, 2011.
2 Lehmann H-J. «Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen?» Zürich: Rüegger; 2003.
3 Reich O et al. An empirical investigation oft he efficiency effects of integrated care models in Switzerland, 2012.
4 Helsana: Morbiditätsbasiertes Kostenmodell und seine praxisrelevanten Auswirkungen. Symposium Forum Managed Care 2010.

Correspondance:
Andreas Wasmer
BlueCare
Pflanzschulstrasse 3
8400 Winterthour
andreas.wasmer[at]bluecare.ch