



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# **Le paiement à l'épisode de soins pour la chirurgie aux Etats Unis : modalités de mise en œuvre et évaluation**

**Isabelle HIRTZLIN**

**Service Evaluation Economique et Santé Publique (SEESP)**

***Présentation aux Journées d'économie et de gestion médicales – 24 Janvier 2014***

# Contexte général

## 1. Remises en cause majeures des paiements à l'acte et à l'activité:

- **Aux Etats Unis** : rapport de la Medicare Payment Advisory Commission de 2008,
- **En France** : rapports IGAS et IGF entre 2011 et 2013.

## 2. Les reproches adressés :

- **approche en silos, périmètre étroit de rémunération,**
- **démarche non coopérative** : pour un seul producteur,
- **modèle inflationniste** : les professionnels n'assument pas les risques financiers d'une surconsommation,
- **non efficient** au niveau de la prise en charge du patient (vision segmentée du patient et de sa maladie, écart accepté par rapport à la « bonne pratique »),

## 3. La recherche de nouveaux modèles de tarification :

- Mise en œuvre de paiement à la performance (P4P) améliorent le résultat de santé, mais renforcent l'intérêt à agir seul et maintiennent les gaspillages ou doublons de soins,
- **Un système alternatif proposé aux Etats Unis** : Paiement à l'épisode de soins (Bundled Payment).

# Objectifs du papier

## 1. Dans le contexte particulier :

- de la chirurgie (Saisine DGOS – Programme 2012-2015 sur la chirurgie ambulatoire).

## 2. Présentation :

- des grands principes du paiement à l'épisode de soins aux Etats Unis,
- de sa mise en œuvre dans le cadre des programmes expérimentaux et de ses évaluations,
- des perspectives aux Etats Unis et en France.

# Objectifs et Principes

## 1. Objectifs :

- Améliorer l'efficacité de la prise en charge (qualité, volumes coûts)
- Encourager la coordination des offreurs en les rendant collectivement financièrement responsables.

## 2. Principes :

- Détermination de la **prise en charge souhaitable** pour un épisode de soins donné (données d'évidence via les sociétés savantes),
- **Contrat unique de tous les offreurs avec le payeur** pour l'épisode, engagements contractuels entre offreurs,
- **Versement d'un paiement forfaitaire par le payeur** pour l'épisode aux offreurs de soins, qui se partagent la rémunération,
- **le paiement couvre le coût moyen** et une partie des complications évitables;
- **mécanisme de partage de risque de type « stop loss »** en complément pour les *outliers*.

# Programme Prometheus en 2006 (1)

## 1. Classement dans un ECR (*Evidence-informed case rate*) incluant soins hospitaliers et ambulatoires.

- 21 épisodes de soins (maladies chroniques surtout) dont 10 en chirurgie classique y compris 5 en ambulatoire,
- Expérimenté sur 3 plans de santé (entreprises et travailleurs indépendants).

## 2. Calcul des coûts de l'ECR :

- procédure de prise en charge suit les recommandations cliniques,
- données de liquidation des assurances santé,
- ajustement en fonction des risques chez le patient.

# *Prometheus* : modalités de Paiement

- paiement global < somme tarifs fractionnés antérieurs,
- inclusion d'une partie du surcoût des complications évitables (estimé à +20%),
- si la complication ne survient pas, les producteurs conservent l'excédent et se le partagent,
- d'autres paiements en sus possible (bonne pratique clinique, résultats de soins...).

# ***Programme Prometheus : Evaluation***

---

- 1. Mise en œuvre difficile dans un système cloisonné :**
  - pratiques habituelles non coordonnées des offreurs,
  - difficultés administratives pour partage des rémunérations.
- 2. Ajout d'un niveau de complexité au système de paiement.**
- 3. Réorganisation des soins nécessaire pour optimiser le paiement jugée trop importante par les acteurs.**

# Programme Geisenger ProvenCare en 2006

- 1. Mise en place en Pennsylvanie pour le système de soins intégré Geisenger (HMO) dans le cas du pontage coronarien.**
- 2. *Postulat de départ* : si les recommandations de prise en charge des experts suivies, alors :**
  - Complications plus rares,
  - Et coûts de prise en charge plus faibles.
- 3. Episode de soins découpé en 40 phases comprenant pré, péri, post opératoires + suivi à 3 mois.**



# ***Programme Geisenger ProvenCare :*** ***Modalités de paiement***

- 1. Calcul du coût des soins fournis en routine pour chaque étape recommandée.**
- 2. Ajout d'un montant égal à la moitié du coût des complications constatées.**
  - Transfert du risque financier vers les professionnels,
  - Conservation du bonus si pas de complication.
- 3. Justification nécessaire si déviation par rapport aux recommandations.**

# ***Programme Geisenger ProvenCare Evaluation***

- 1. Passage de 59 à 100% des patients bénéficiant de la prise en charge recommandée à trois mois et 86% entre trois et six mois.**
- 2. Niveau d'adhésion élevé des professionnels,**
- 3. Diminution de la durée de séjours (5,3 jours versus 6,3 jours)**
- 4. Réduction des coûts hospitaliers de -5%.**
- 5. Réadmission à 30 jours passant de 7,1 à 6%**
- 6. Suite à évaluation positive, extension à d'autres intervention chirurgicales et en périnatalité.**

# Faisabilité du paiement à l'épisode pour Medicare

## 1. Evaluation positive par les assureurs privés mais des freins administratifs sont relevés :

- Données comptables difficiles à rassembler,
- Traitement manuel des dossiers,
- Case manager nécessaire,
- Difficultés pour définir le périmètre de l'épisode en termes de durée,
- Problèmes de restes à charge différents.

## 2. Position de Medicare

- Développement d'expériences à partir de janvier 2013 (Patient Protection and Affordable Care Act),
- 4 modèles possibles (intégration plus ou moins forte de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation),

# Faisabilité en France

## 1. Des évaluations contrastées incitent à la prudence,

## 2. Intérêt :

- pour les interventions coûteuses avec de multiples intervenants mais bien décrites et limitées dans la durée (ex de la chirurgie),
- d'une remise à plat des procédures optimales durant l'épisode de soins pour ensuite en déterminer le coût,
- du transfert du risque financier associé aux mauvaises pratiques vers les professionnels et les établissements.

## 3. Difficultés administratives prévisibles comparables à celles de Medicare d'où nécessité :

- D'une phase d'expérimentation préalable pour quelques procédures avec un périmètre étroit (ex. chirurgie : confirmation du diagnostic, intervention, réhospitalisations éventuelles).