

# Managed care: HMO des origines à aujourd'hui

Jean-Claude Rey  
Directeur ISE

# Managed care: HMO

# Plan

1. Cadrage
2. Définitions
3. Particularités
4. Développements récents
5. Situation actuelle
6. Evaluation
7. Etat de la réflexion
8. Perspectives

- Managed care implique gestion, mais quelle gestion?
- Mondialement peu répandu? USA et Suisse
- Nouvelle forme de prise en charge sanitaire
- Parfois sans assureurs
- Intègre la prévention
- Contrôle d'accès « Gate keeper »
- Pas de libre choix du médecin ou de l'institution.....le plus souvent
- Coûts des soins moins élevés
- Coûts administratifs plus élevés, **ou plutôt** la gestion a un coût

Managed care implique gestion, mais quelle gestion?

- Gestion quasi-inexistante:
  - Exemple: Cosama
- Gestion de l'entrée en soins
  - Exemple: Telmed
- Gestion et suivi
  - Exemple: réseau Farmed
- Gestion complète
  - Exemple: Xundheit, Medix

# Managed care: HMO

Cadrage

Mondialement peu répandu? USA et Suisse

## Health maintenance organization

- A health maintenance organization (**HMO**) is a type of Managed Care Organization (MCO) that provides a form of health insurance coverage in the United States and Switzerland that is fulfilled through hospitals, doctors, and other providers with which the HMO has a contract.

*Wikipedia, the free encyclopedia*

Commentaire: ajouter au moins l'Allemagne

## Nouvelle forme de prise en charge sanitaire

- On peut retracer l'histoire de la structure et du système de prise en charge connu aujourd'hui sous le nom de « Managed care » à une série de solutions de prise en charge alternative qui sont apparues dans le pays dès le 19<sup>ème</sup> siècle.

Tufts Managed Care Institute, in A Brief History of Managed Care

*.....de même qu'en Europe!*

# Managed care: HMO

# Cadrage

## Parfois sans assureurs

Le but de ces arrangements était de répondre aux besoins de groupes particuliers, tels que les communautés rurales, les entreprises de bûcheronnage, les entreprises minières et ferroviaires: les contractants payaient un montant fixé au(x) médecin(s) en contrepartie de la prise en charge convenue.

Tufts Managed Care Institute, in A Brief History of Managed Care

## .....et souvent contre le corps médical

L'un des pionniers souvent cité, le Dr Michael Shadid, créa une coopérative de santé à Elk City, en Oklahoma, en 1929. Bien qu'il rencontra une opposition farouche des autres médecins, grâce à l'aide de la Oklahoma Farmers Union, il réussit à passer contrat avec plusieurs centaines de familles.

Tufts Managed Care Institute, in A Brief History of Managed Care

# Managed care: HMO

## Cadrage

Intègre la prévention

HMO

.....

- Fondée sur le choix limité des fournisseurs de prestations, cette " caisse de santé " (ou " plan de santé ") ne vise pas, en premier lieu, à combattre la maladie, mais **à préserver la santé**. Tous les partenaires impliqués ont un intérêt commun : que l'état de santé des assurés soit le meilleur possible et que les coûts de la guérison soient réduits.

.....

*Béatrice Despland*

## Contrôle d'accès « Gate keeper »

.....

- Dans le réseau de santé vaudois FARMED....pour les requérants d'asile, un service infirmier spécialisé s'est vu attribuer un rôle de **gate keeper**.
- .....les requérants d'asile sont tenus de passer d'abord par l'un des centres de ce service infirmier avant d'être orientés, le cas échéant, vers un médecin ou un organisme de premier recours.

*www.managedcareinfo.net*

# Managed care: HMO

# Cadrage

Pas de libre choix du médecin ou de l'institution.....le plus souvent |

- Dans la perspective de freiner l'augmentation des coûts de santé et d'éviter la part de gaspillage générée par le tourisme médical, l'idée est de faire jouer au médecin de famille ou de premier recours le rôle de « gatekeeper », c'est-à-dire que c'est celui qui prend la décision d'adresser son patient à un spécialiste ou de l'hospitaliser. Décision que l'assuré s'engage à respecter s'il veut bénéficier d'une réduction de sa prime d'assurance.
- Les médecins faisant partie des réseaux répertoriés dans cette liste se sont engagés par contrat à soigner tous les assurés ayant conclu un contrat « gatekeeper » avec leur assureur.
- **Dans le système « gatekeeper », les assurés sont tenus de toujours consulter en premier lieu leur médecin de famille**

*www.managedcareinfo.net*

# Managed care: HMO

# Cadrage

Pas de libre choix du médecin ou de l'institution...le plus souvent (suite)

## HMO liberticides:

C'est l'image dominante classique, souvent celle mise en avant par les adversaires des HMO

## Récents développements:

De plus en plus d'assureurs offrent d'inclure le médecin de famille de l'assuré

# Managed care: HMO

# Cadrage

## Coûts des soins moins élevés

Même assuré, 50 ans, franchise Fr 1'500.- , pour 2007

### 1. Sans HMO et similaires - Comparatif des primes maladie

– ASSURA	236.00
– SANATOP	236.30
– AEROSANA	238.50

### 2. Avec HMO et similaires - Comparatif des primes maladie

– MUTUEL ASSURANCES Telmed	220.10
– SKBH / CMBB Telmed	223.40
– SUPRA Light	228.30
– MUTUEL ASSURANCES HMO	229.90

Source: Comparis

Coûts administratifs + élevés **ou** la gestion a un coût

**Exemple: réseau Farmed pour requérants d'asile**

- **Les coûts de la prise en charge sont inférieurs**  
Ce que confirment les études internationales  
Les infirmières sont moins coûteuses que les médecins (double gatekeeping)
- **Coûts administratifs plus élevés**  
Ordre de grandeur: 10%
- **Dans l'ensemble, la solution reste plus économique**  
Difficile à démontrer, données insuffisantes et biais nombreux (compensation des risques, franchises)  
Adopté par la plupart des cantons suisses  
Vérifiable bientôt (dispense de compensation des risques depuis 2007)

- Origines disputées
- Définitions nombreuses
- Etendue et périmètre très disparates
- Managed care – soins gérés à géométrie variables
- Scandales
- Qualité, bonne aux USA, encore peu documentée ailleurs
- CH: Résultats économiques contestés et contestables
- Progression par à-coups
- Effets indirects

## Origines disputées

- Localisation:
  - Europe: Allemagne, Suisse,
  - Etats-Unis
- Histoire encore peu documentée
- A mesure que de plus en plus de pays recherchent des solutions à la hausse des coûts, les origines s'étendent !
- Les premières études des années 80 ne mentionnaient que les USA, puis sont apparus la Suisse et l'Allemagne.

## Origines disputées

### Ce qu'on peut en dire:

- Liées à la révolution industrielle
- Se développent plutôt dans les systèmes de type bismarckiens
- Souvent comme solutions de prise en charge dans des zones éloignées des centres:
  - Dans les campagnes
  - Dans les entreprises isolées (mines par exemple)
- Souvent en réaction contre les assurances
- Souvent en réaction contre la médecine classique de l'époque

Définitions nombreuses

## Points communs:

- Concept holistique: tout est compris (soins, prévention, coaching)
- Accent mis sur le maintien de la santé (voir titre)
- Solution plus économique que les autres
- Modes de financement souvent novateurs
- Contractualisation avec les fournisseurs et avec les assurés
- Recommandations de pratiques cliniques

# Managed care: HMO

# Cadrage

Etendue et périmètre très disparates

## Etendue

- De quelques centaines d'assurés à plusieurs millions
  - Ville minière isolée en Colombie britannique (Canada), 2000 habitants = 1 HMO
  - Kaiser Permanente: 19 millions d'assurés dans plusieurs états américains

## Périmètre de prise en charge très variables

- Ambulatoire seulement
- Soins ambulatoires et stationnaires
- Gamme complète de santé publique  
Ex. Providence Health System

# Managed care: HMO

# Cadrage

## Providence Health System (N-O USA)

- Système composé de:
  - 1 HMO
  - 1 PPO\* (2000 IPA\*\*)
  - 1 MCO
- 7 hop. soins aigus
- 17 centres de soins primaires avec 130 médecins employés
- Services SAD
- Hop. gériatrique
- Unités de soins aux aînés
- 1'474 lits aigus/long terme
- 59'188 admissions
- 8'965 naissances
- 173'261 visites SAD
- 392'330 visites soins primaires
- 1'667'282 patients ambulatoires

*\*Preferred Provider Organisation:  
fournisseurs préférés*

*\*\*Independant Practice Associations:  
médecins exerçant seuls*

## Managed care: HMO

## Cadrage

### Managed care: soins gérés à géométrie variable CH

- MUTUEL Ass. **Telmed**
- CMBB **Telmed**
- SUPRA **Light**
- MUTUEL Ass. HMO
- MEDIX
- Xundheit
- Cosama
- Helsana PPO
- Helsana Managed care
- Gatekeeper téléphonique
- idem
- Modèle Médecin de famille
- HMO
- Modèle Médecin de famille
- HMO
- Gatekeeping très léger
- Fournisseurs sélectionnés
- Case management\* sur les cas identifiés lourds

*\*Gestion de cas*

## Nombreux scandales

### Typiques

- Brutalité des méthodes de managed care ( = plus de 100 nouvelles dispositions légales en un an en Californie)
- Malversations
- Escroqueries
- Faillites
- Détournement de biens sociaux (vols)

### Atypiques

- Soins insuffisants « too little care is as bad as too much care »
- Soignants insuffisamment formés (méd. paravents)
- Allongement des délais de prise en charge
- Repousser des interventions à plus tard

# Managed care: HMO

# Cadrage

## USA: Qualité en général bonne

### Indicateurs de satisfaction

- + Soins estimés de qualité, actions promotions/prévention appréciées
- + Utilisation de techniques de pointe
- Absence de liens personnalisés

### Evaluation statistique

- Statistiques de mortalité: bons résultats
- Statistiques de morbidité: bons résultats

### En Suisse, peu d'études de qualité

- CSS connue pour ses recherches (K. Beck)
- IEMS participe à des recherches sur la compensation des risques
- Insistance des réseaux sur la qualité (Forum managed care)

### Etude 2002 PMU sur réseau Farmed VD:

- prise en charge aussi bonne que pour les Vaudois

## Résultats économiques contestés et contestables

- Rappel: estimation pré-LAMal: 25 à 40% d'économies, d'où un rabais maximal autorisé de 20% sur les primes
- Aucune publication de résultats par les assureurs
  - Usuel
- Aucune possibilité de mesurer le sérieux de leurs études
  - Peu d'équipes formées
  - Peu de compétences
- Très sérieux doutes sur la rigueur de l'évaluation
- Plus d'opportunisme politique que de rigueur
- Médias peu curieux et plutôt conservateurs

## Progression par à-coups

### Phase 1: enthousiasme des débuts

- Création de nombreux modèles
  - Wintimed
  - Médix
  - Cosama (Vaud)
  - Réseau Delta (Genève)
  - Etc.....

.....malgré de fortes oppositions du corps médical

## Progression par à-coups

### Phase 2: constat d'échec de quelques assureurs

- Etudes prétendant que le Managed care n'est pas économiquement possible
- Déclarations fracassantes d'abandon
- Baisse des effectifs

### Phase 3: relance sur des bases plus calmes

- Le travail de fond paie: journal Managed Care, conférences, etc.
- Aveux de légèreté de quelques assureurs
- Semi-aveux d'intérêts contradictoires (proposer des primes meilleur marché n'est pas rentable, entre autres pour les démarcheurs)
- Les effectifs repartent à la hausse

## Effets indirects

Développement extrêmement lent des effectifs  
(de 0 à 8 % en 12 ans)

- Ajoute au discrédit de la LAMal
- Retarde encore les adaptations aux changements nécessaires
  - Prévention
  - Promotion de la santé
  - Gestion des cas lourds
  - Intégration des soins
- Découragement

- Sélection des risques
- « Managing costs instead of managing care »  
Gérer les coûts plutôt que les soins
- Gérer les soins devient indispensable
- Développement de technologies facilitantes
- Meilleure prise en charge qualitative
- Diminution de la résistance du corps médical
- Implique des systèmes d'information plus performants
- Risques possibles pour la protection des données

## Sélection des risques

### Accusations des assureurs contre les HMO

- Le managed care, les HMO, etc.,
  - n'attirent que les bons risques
  - n'attirent que ceux qui sont le moins malades, qui gèrent déjà leur santé, etc.
- En soustrayant des bons assurés aux collectifs constitués, les HMO péjorent la situation financière des autres

### Accusations contre la torpeur des assureurs

- Pratiquent déjà l'écrémage (risk skimming)
- Le problème des coûts ne les concerne pas, car leurs seules préoccupations sont la rentabilité, d'où l'absence d'intérêt pour des solutions moins coûteuses.

*USA: violentes réactions des spécialistes de santé publique:  
vous, les MCO, vous gérez les coûts plutôt que les soins\**

## Un des plus gros problèmes aux USA dans les années 90

- Cabinets de groupes, médecins exerçant seuls, permanences, hôpitaux assaillis par les nouveaux gestionnaires, souvent arrogants, mal formés et incompetents
- Réponses législatives (<100 nouvelles dispositions légales en un an en Californie)
- Accroissement des besoins de gestion
- Accroissement des nécessités de parer aux risques d'accusations de « malpractice »
  - développement de « practice guidelines »
  - Promotion de l'EBM (médecine basée sur l'évidence)
  - Développement de l'information aux membres/patients
  - Empowerment des patients

*\*Managing costs instead of managing care*

*gérez les coûts plutôt que les soins (suite)*

Leçons à tirer des péripéties US pour la liberté de contracter en Suisse:

- force le débat et permet une évolution rapide des mentalités
- exige une législation spécifique importante pour que la concurrence fonctionne
- accélère la standardisation

Les lenteurs des révisions de la LAMal font cependant craindre le pire en la matière

Gérer les soins devient de plus en plus indispensable  
..... pour certains groupes de patients

- Vieillissement de la population
  - croissance de la part psychiatrique
  - croissance de la dépendance
  - besoins de plus de coordination
    - Inclusion du bénévolat
    - Développement du troc de prestations
- Accroissement des maladies dégénératives
  - besoin de Case Management
  - besoin de Disease Management

Gérer les soins **et** la santé des groupes à risque

## Développement de technologies facilitantes

- Mise en œuvre facilitée des technologies de l'information
- Intégration facilitée des systèmes d'information
- Télé-médecine
- Télé-surveillance
- Télé-traitement
- Etc.

*(Suites du projet [one in ten](#) de l'UE)*

## Meilleure prise en charge qualitative

- Regroupement des informations patients
  - Pour les interventions d'urgence
  - Pour les opérations
  - Pour le suivi post-opératoire
- Gestion proactive:
  - des mesures de prévention
  - des mesures de promotion de la santé
  - des groupes de case-management
  - des approches de gestion des maladies (Disease management)
- Meilleure intégration des professionnels
  - Cogestion de projets
  - Définition d'objectifs communs

## Résistance du corps médical: en diminution

### Doctors Seek Cure for HMO's

- Voltaire said the Holy Roman Empire was neither holy, Roman, nor an empire. It has been my experience that, similarly, the "managed care" offered by most HMO's today is neither properly managed nor, even more certainly, care.

Dr. N. X. Underwood & Beauregard Zeau, in The Prism (2000)

- 2<sup>ème</sup> moitié des années 90: les réseaux = préoccupation principale des médecins vaudois: on a frôlé l'émeute
- 2005: cette préoccupation figure au 30<sup>ème</sup> rang.

Implique des systèmes d'information plus performants

- Nouvelle révolution dans l'informatique sanitaire et ses bases d'organisation
  - Intégration des systèmes par-dessus les institutions
  - Standardisation ou compatibilité des systèmes de gestion, de mesure des besoins, des pratiques
  - Standardisation de l'identification des patients
    - Carte d'assuré/no. AVS nouveau devrait le garantir
  - Intégration des patients (courriel, tél. portables, assistants personnels, etc)
- Besoins de formation importants
- Nouvelle éthique professionnelle

## Risques possibles pour la protection des données

- Nécessité de revoir la législation sur la protection des données
  - Restrictions dans la communication de l'information sensible
  - Renforcement du devoir de confidentialité
  - Législation spéciale pour les gestionnaires de santé
- Nécessité de revoir l'organisation de certaines fonctions
  - Médecin-conseils: regroupement de la fonction au niveau national?
  - Statistiques des traitements ne sont plus transmises aux assureurs
- Une des solutions proposées: c'est le patient qui contrôle la levée du secret médical qui le concerne, chaque fois que cela est nécessaire, par Natel

# Managed care: HMO

# Définitions

## Définitions nombreuses

.....mais de quoi

- Managed care
- Managed Care Organizations (MCO)
- HMO
- PPO (Preferred Provider Organization)
- IPA (Independant Practice Associations)
- Réseaux de soins
- Filières de soins
- Solutions médecins de famille
- Centres de santé
- Case Management
- Disease Management
- Etc.

### HMO

Une organisation HMO est un réseau de soins composé de médecins réunis dans un cabinet de groupe (HMO = Health Maintenance Organization). Non seulement des généralistes, mais aussi certains spécialistes, de même que des thérapeutes de diverses spécialités, travaillent dans ces collectifs médicaux. Si vous optez pour ce modèle, vous devez toujours consulter en premier lieu votre médecin. Si nécessaire, celui-ci vous enverra chez un spécialiste (dans le cabinet HMO ou s'il n'y en a pas à l'extérieur).

Pour obtenir des informations plus détaillées veuillez vous adresser aux assureurs qui offrent de tels modèles.

Office fédéral de la santé publique (OFSP)  
Site Internet

# Managed care: HMO

## Définition 2

### HMO

(Health Maintenance Organization) Organisation de soutien sanitaire; au Canada : Organisation de soins structurés (OSS). Les HMO sont des groupes de médecins et d'autres spécialistes de la santé. Avec une assurance HMO, le patient se fait traiter par un médecin choisi dans une HMO et ce dernier coordonne et organise les éventuels traitements externes par des spécialistes ou des hôpitaux. Les doubles, et donc inutiles, traitements sont ainsi évités. Au sein de la HMO, le choix est possible entre différents médecins et soignants avec des spécialisations différentes. Le but des HMO est d'optimiser le déroulement des traitements et la réduction des coûts

Source: Visana

# Managed care: HMO

## Définition 3

- Cette abréviation anglaise (Health Maintenance Organization) désigne une forme particulière d'assurance rendue possible par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le but de réduire les coûts de la santé. Fondée sur le choix limité des fournisseurs de prestations, cette " caisse de santé " (ou " plan de santé ") ne vise pas, en premier lieu, à combattre la maladie, mais à préserver la santé. Tous les partenaires impliqués ont un intérêt commun : que l'état de santé des assurés soit le meilleur possible et que les coûts de la guérison soient réduits.
- Souvent pris comme synonyme de " managed care ", les HMO peuvent prendre la forme de cabinet de groupe HMO ou de cabinet médical HMO. Dans le premier cas, le cabinet est propriété des caisses-maladie. Les médecins et le personnel touchent un traitement fixe. Dans le deuxième cas, les médecins sont propriétaires. Ils engagent le personnel et passent des conventions avec les assureurs.
- Dans tous les cas de figure, le patient est contraint de recourir aux médecins de " premier recours " qui travaillent pour la HMO. Le cas échéant, il sera acheminé, par ces derniers, vers des spécialistes. La coordination des traitements, mais aussi un contrôle des résultats et la responsabilisation des patients sont au cœur de ce système.

*Béatrice Despland  
Prof. Institut du Droit de la santé*

### Type d'assurance

#### HMO - Choix limité du médecin et de l'hôpital

Un rabais de 20% au plus est consenti si vous acceptez: de vous faire soigner dans un collectif médical appelé HMO (pour Health Maintenance Organization) ou de consulter en premier lieu un «médecin de famille» (sélectionné par la caisse maladie) qui décidera de vous adresser ou non à un spécialiste ou de vous faire hospitaliser en cas de nécessité. Cela signifie qu'en contrepartie, vous renoncez à la liberté du choix du médecin (sauf en cas d'urgence). Consultez attentivement les conditions d'assurance.

*[www.bonasavoir.ch/fr/assurance\\_maladie/types-assurance-HMO.html](http://www.bonasavoir.ch/fr/assurance_maladie/types-assurance-HMO.html)*

## Distinguer le cadre américain du cadre suisse

- Bien qu'assez semblables les systèmes de santé suisse et américain diffèrent sur nombre de points:
- Assurance maladie non-obligatoire (navrant d'un point de vue social) mais parfois un avantage:
  - Toute solution ne doit pas absolument passer par les assureurs
  - Nombreux exemples d'HMO *in house* (*Kaiser Permanente, Fondation Ford, etc.*)
  - Certaines possèdent leurs propres structures (hôpitaux, permanences, etc.)

## Distinguer le cadre américain du cadre suisse (suite)

- ❑ Les entreprises ont l'obligation d'assurer leurs employés: ce sont elles qui choisissent\* – ou font développer – leurs solutions
  - Possibilités d'un dynamisme plus grand, concurrence réelle entre assureurs, obligation d'innover pour satisfaire leurs grands clients (plusieurs milliers d'assurés par contrat)
- ❑ Les personnes âgées de plus de 65 ans dépendent d'une autre assurance (Medicare, maintenant CMS)
  - N'émargent pas au système de base, ce qui en modifie la problématique

*\* Vu le développement des solutions avec « co-payments », plusieurs entreprises offrent à leurs employés des solutions alternatives*

## Plusieurs décennies d'avance des systèmes de Managed care USA

- Grands systèmes intégrés
  - Longue expérience
    - de cohabitation des modèles différents (IPA, PPO, etc)
    - d'intégration de prises en charge variées: soins aigus, chroniques, réadaptation, EMS, SAD, prévention et promotion de la santé
  - Recherches actives, études nombreuses
- Puissants et particulièrement motivés, sans but lucratif
  - Issus d'organisations religieuses, caritatives
  - Ethique, « empowerment des *membres* », solidarité y gagnent

## Managed care: HMO

## Développements récents

### Poursuite de l'intégration

Providence Services and Providence Health System will create a new integrated system to manage the health care, senior and community services, housing and education services of the two systems effective January 1, 2006.

*Providence News – InBrief, novembre 2006*

### Progression rapide du MC et modifications

Health care in America is changing rapidly. Twenty-five years ago, most people in the United States had indemnity insurance coverage. ....

But today, more than half of all Americans who have health insurance are enrolled in some kind of managed care plan — an organized way of both providing services and paying for them. Different types of managed care plans work differently and include health maintenance organizations (HMOs), preferred provider organizations (PPOs) and point-of-service (POS) plans.

An HMO is a health care organization created in an effort to lower health care costs for you and for whomever is helping you pay for your health care, such as an employer or the government.

*Communiqué de presse de CBS News, novembre 2006*

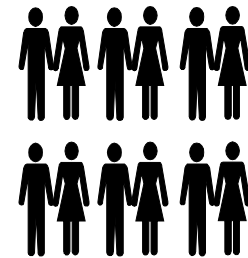
Managed care: HMO

Développements récents

# Solutions pour favoriser l'intégration : un programme et des infrastructures

John V. Fletcher  
Regional Director  
Health Services Integration  
Providence Health System  
Portland, Orégon

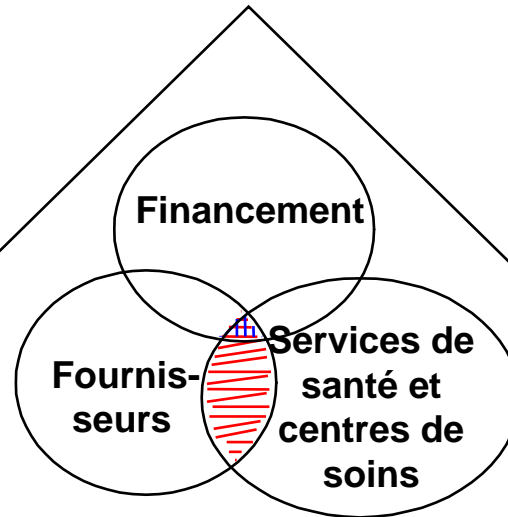
*Avec l'appui de l'ISE*



# Providence Health System Résumé du plan stratégique

## *Valeurs fondamentales*

- Respect
- Compassion
- Justice
- Excellence
- Leadership



## **Vision résumée**

Améliorer de manière conséquente l'organisation et la fourniture des services de santé pour optimiser la santé des individus et des communautés

## **But**

PHS fournit des services de haut niveau et, avec ses partenaires, couvre les besoins d'un habitant sur trois de l'Alaska, des États de Washington, de l'Oregon et de la Californie (Vallée San Fernando). Les membres reconnaissent que Providence exerce une activité bénéfique sur leur santé et leur bien-être

## **Direction stratégique**

- Vivre activement selon la mission et les valeurs
- Donner la priorité aux consommateurs
- Viser la qualité totale dans tous les projets de santé
- Viser des performances hors du commun
- Informer sur les résultats
- Offrir des opportunités de leadership au corps médical
- Alimenter les relations internes et externes

# Premières priorités stratégiques (l'abécédaire)

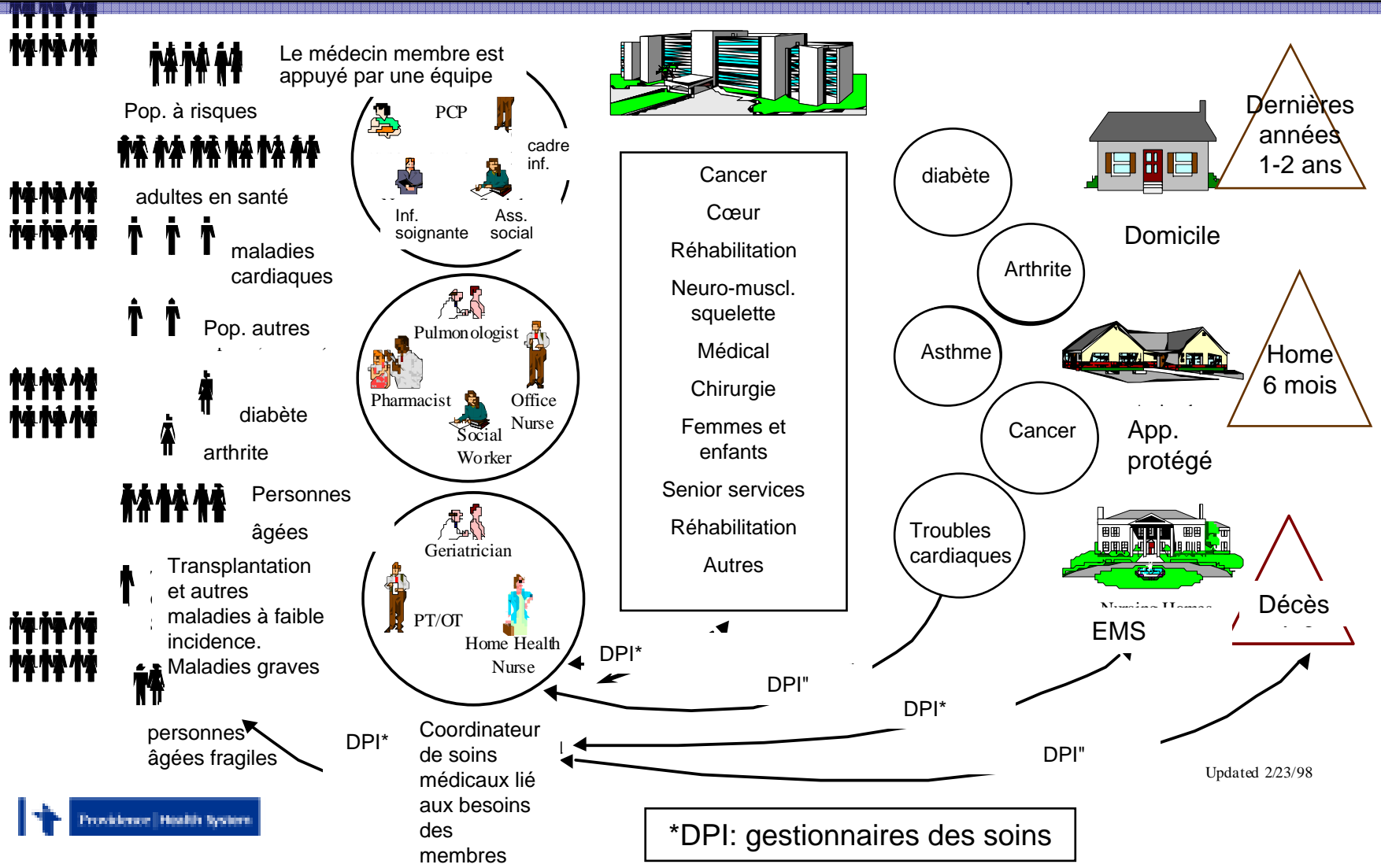
- A. Améliorer la santé:** Nous devons construire l'infrastructure nécessaire pour améliorer la santé des gens et des communautés que nous desservons
- B. Augmenter le nombre de membres:** nous devons rapidement enrôler de nouveaux membres dans le contrat "Bon plan de santé" et autres HMO affiliées
- C. Assurer l'accès aux soins primaires:** nous devons devenir partenaires avec un nombre adéquat de prestataires de soins primaires des groupes de médecins affiliés
- D. Améliorer la qualité:** Nous devons construire sur les points forts de notre système de santé et continuer d'en améliorer la qualité
- E. Améliorer le pilotage:** Nous devons réaliser le bon équilibre entre le pouvoir décisionnel à l'échelle des Etats et des zones de services

# Soins responsables: une définition

- Centré sur le consommateur
- Basé sur la population
- Amélioration démontrable (plus-value) en termes de:
  - Accès
  - Satisfaction du consommateur
  - Résultats de santé
  - Coût

# Systeme de santé basé "population"

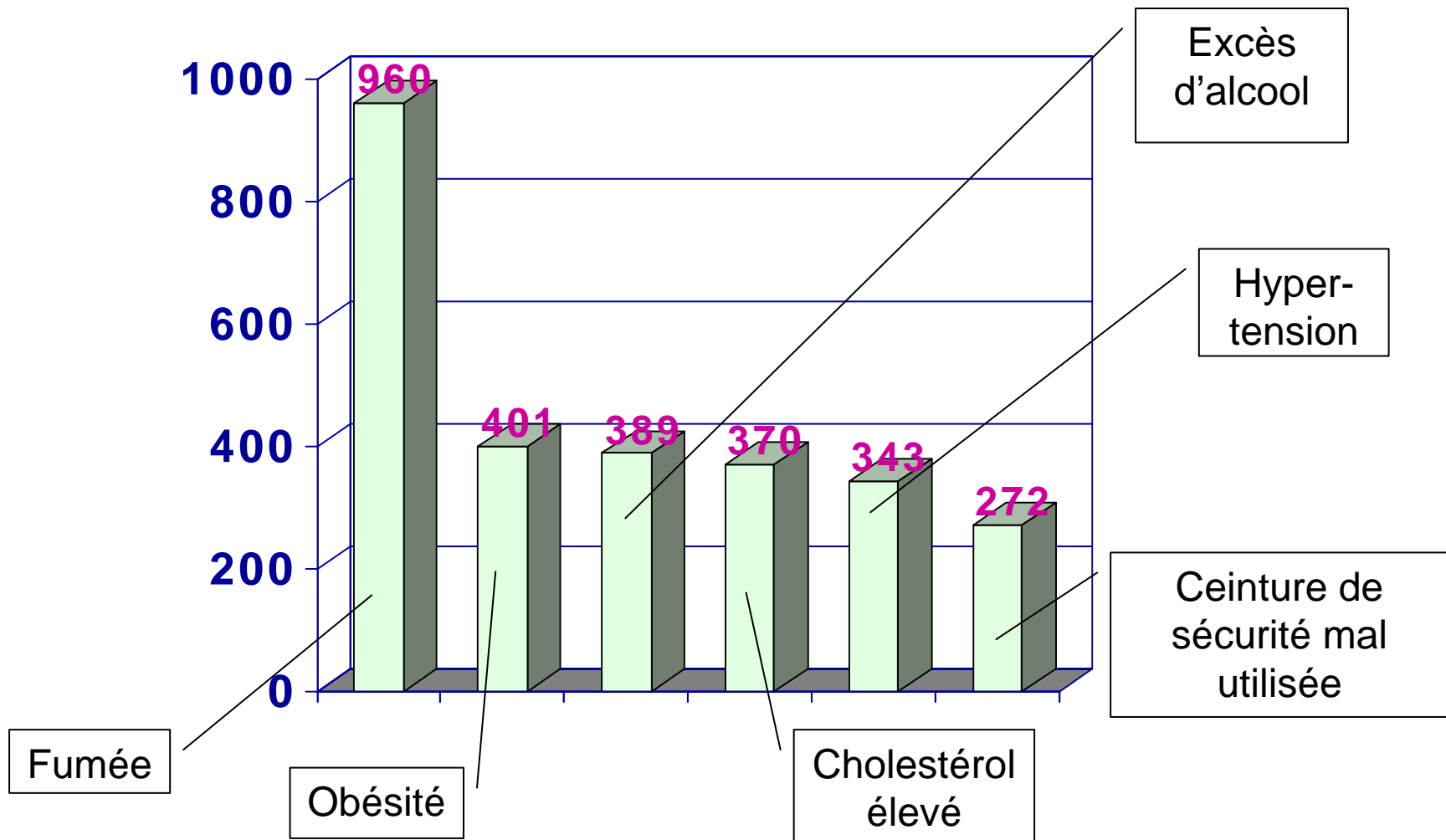
Enrôler	Évaluation du risque de santé	Prévention, dépistage et coord. soins	Sous spécialités	Gestion des maladies chroniques	Long terme	Soins de fin de vie
---------	-------------------------------	---------------------------------------	------------------	---------------------------------	------------	---------------------



## *Amélioration de la santé de la population: Objectifs du projet*

- Réaliser et démontrer les bénéfices d'un bon état de santé
  - Amélioration de la santé
  - Diminution de la détérioration
- Réaliser et démontrer les possibilités d'économies ne compromettant pas l'état de santé des populations
- Réduire le risque d'effets néfastes dû à des causes évitables

# Risques coûteux



## *Amélioration de la santé de la population: les étapes*

- Définir et décrire la population
- Définir les résultats attendus
- Evaluer le système en place
- Mettre en œuvre les mesures d'amélioration
- Supervision et amélioration continue

*Accès continu (permanent)  
site PHS*

- Gestion de l'information aux consommateurs
- Réservations et prises de rendez-vous
- Garantie de prise en charge des coûts
- Service aux consommateurs

# Actions centrées sur les membres

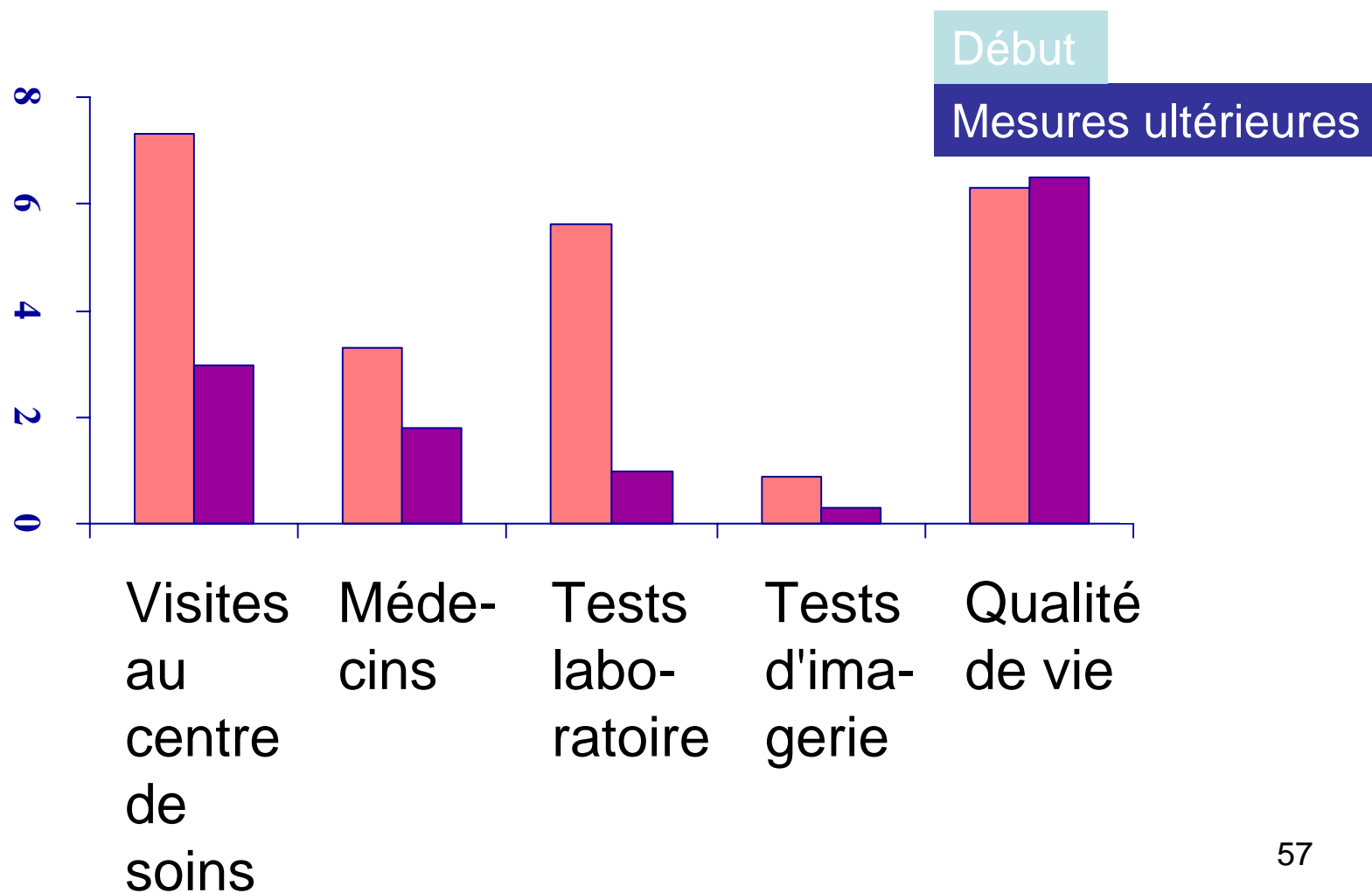
- Réduction du coût des classes de groupe tabac de 112\$ à 5\$ de paiement conjoint
- Doublement du nombre de classes de groupes offertes dans la région de Portland et augmentation de l'offre de classes dans les communautés de Newberg, Medford, du centre de l'Orégon et de la côte Nord
- Augmentation de couverture du programme "gratuit et clair", service téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac pour les membres de l'Etat
- Production du "Manuel PHP pour arrêter de fumer": 16'000 déjà distribués
- Envoi d'information sur les services d'aide à l'arrêt de fumer à des centaines de fumeurs identifiés au travers de divers questionnaires aux membres
- Mise en évidence de sujets traitant du tabagisme dans les bulletins d'information aux membres

## Recommandations de suivi après cancer du sein: le problème

- Le cancer du sein affecte plus de membres du PHP\* que tout autre cancer
- 1/3 de nos membres sont des femmes de plus de 50 ans (groupe à plus haut risque pour le cancer du sein)
- Un suivi trop intense peut conduire à une anxiété du patient sans bénéfice clinique

\* PHP: Providence Health Place

# Suivi cancer du sein: Résultats



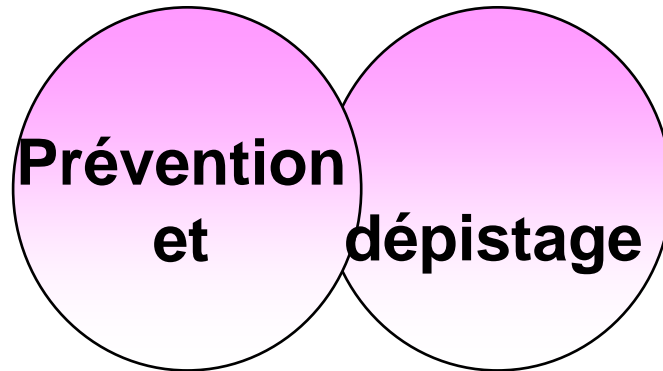
# Suivi cancer du sein

## Conclusions

- Les praticiens n'ont pas rencontré de problème dans l'utilisation des recommandations
- Les recommandations ont permis d'améliorer la coordination des soins et de réduire la surveillance tout en maintenant la qualité de vie
- Les recommandations n'ont pas induit de sous-utilisation (100% des membres ont reçu au moins les soins mentionnés dans les recommandations)

# Gestion des soins continus

100% de la population



- Évaluation des risques
- Revue d'utilisation
- Définition des cas
- Education du patient/membre

40%



- Revue des cas
- Orientation des patients
- Planification sorties
- Formation
- Coordination des prestations

<10%



Prévention, dépistage, coordination des soins et maximisation de la couverture des prestations pour ces cas exceptionnels, complexes et à risques élevés

## *Intégration des services de santé: prochaines étapes*

- Creuser plus profond
- Ajuster les efforts aux priorités des acheteurs et fournisseurs de prestations
- Retour sur investissement des systèmes d'information

## *Intégration des services d'information: procédé et résultats*

- Diminuer les ressources de 20% dans chaque unité, par transfert de fonctions regroupées
- N'en affecter que la moitié aux tâches centralisées
- Même procédé 2 ans plus tard
- Economies de 60 postes\* en 4 ans
- Meilleure performance (input-output)

\*dont 3/4 formés à d'autres tâches et transférés dans le système

# Managed care: HMO

# Situation actuelle

Meilleure source d'information en Suisse:

Managed Care: Schweizer Zeitschrift für MC

.....seulement en allemand

.....accessible sur le site internet

[www.forummanagedcare.ch](http://www.forummanagedcare.ch)

On y trouve aussi un bon glossaire...en allemand

En français, voir le site internet

[www.managedcareinfo.net](http://www.managedcareinfo.net)

# Managed care: HMO

# Situation actuelle

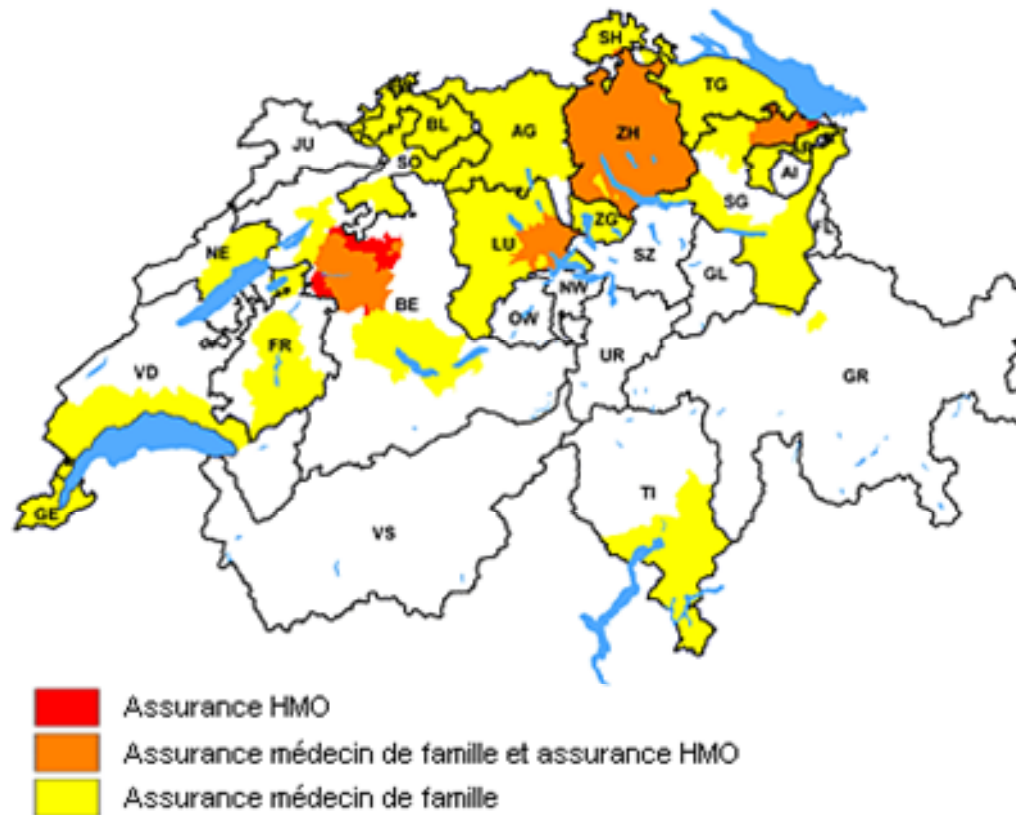
		ATUPRI	CARENA	CONCORDIA	CSS	HELSANA	KK MALTERS	KOLPING	KPT / CPT	KK 57	G. MUTUEL	ÖKK	PROVITA	SUMIS. KK	SWICA	VISANA	WINCARE	XUNDHEIT
<b>Altdorf</b>	Xundheit Praxis HMO Altdorf	*		*	*													*
<b>Baden</b>	Gesundheitszentrum Baden				*									*	*			
<b>Basel</b>	Gesundheitsplan HMO Basel	*		*		*		*	*			*						
	SWICA HMO Basel													*	*	*		
<b>Bern</b>	Praxis Bubenberg (Medix)			*	*	*			*		*			*		*		
	SanaCareHMO-Praxis Bern	*	*	*	*	*		*					*			*	*	*
	SWICA HMO Bern														*			
<b>Dübendorf</b>	Praxisnetz Dübendorf (Medix)			*		*								*				
<b>Genève</b>	Réseau Delta Genève			*	*					*								
	SWICA HMO Genf														*			
<b>Horgen</b>	Praxis Central (Medix)			*	*	*												
<b>Luzern</b>	LuMed AG ( Medix)			*	*		*							*	*	*		
	SanaCare HMO Praxis Luzern	*	*	*	*	*		*	*				*			*	*	
	Xundheit Praxis HMO (Luzern)			*														*
<b>Rüti</b>	Medix Ärztering Rüti			*		*												
<b>St. Gallen</b>	Sanacare HMO-Praxis	*	*	*	*	*		*	*			*	*				*	*
	SWICA HMO St. Gallen														*			
<b>Uster</b>	Medix Ärztering Uster			*		*												
<b>Wil (SG)</b>	SWICA HMO Wil														*			
<b>Winterthur</b>	SanaCare HMO-Praxis	*	*	*	*	*		*	*			*				*	*	*
	SWICA HMO Winterthur														*			
<b>Zug</b>	Xundheit Praxis HMO Zug	*		*	*			*							*			*
<b>Zürich</b>	Airport Medical Center			*	*	*					*			*			*	
	Medix Ärztering Hirslanden			*	*	*					*		*	*			*	
	Medix Wipkingen			*	*	*					*		*	*			*	
	Praxis Sonnental			*	*	*					*		*	*			*	
	Praxisgemeinschaft Altstetten			*	*	*					*		*	*			*	
	SanaCare HMO-Praxis Wiedikon	*	*	*	*	*		*	*			*	*			*	*	*
	SWICA HMO														*			
	SanaCare HMO-Praxis Oerlikon	*	*	*	*	*		*	*			*	*			*	*	*
	SanaCare HMO-Praxis Stadelhofen	*	*	*	*	*		*	*			*	*			*	*	*

# Managed care: HMO

# Situation actuelle

Grâce à notre **fonction de recherche AMF/HMO** vous avez la possibilité de vérifier si l'assurance médecin de famille (AMF) ou l'assurance HMO est proposée dans votre région. PREMEDI-24 peut en revanche être conclu dans toute la Suisse.

Helsana



Examens de l'OCDE des systèmes de santé, Suisse, évaluation des soins intégrés. Résultats:

- Faible part de l'ensemble du marché (7 à 8%), faible taux de croissance. Lenteur attribuée à:
  - de nombreux médecins s'opposent à la limitation de leur liberté clinique et au paiement par capitation
  - les patients sont attachés au libre choix des prestataires
  - ce type de couverture tend à générer pour les assureurs des coûts administratifs plus élevés (Beck et al., 2003)
- En Suisse, les soins intégrés semblent avoir eu quelques effets sur l'amélioration de la coordination des soins.
  - Exemples: réseaux NOPS avec centres de coordination BRIOs\*, regroupement d'institutions dans de nombreux cantons

\*

*BUREAUX REGIONAUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION*

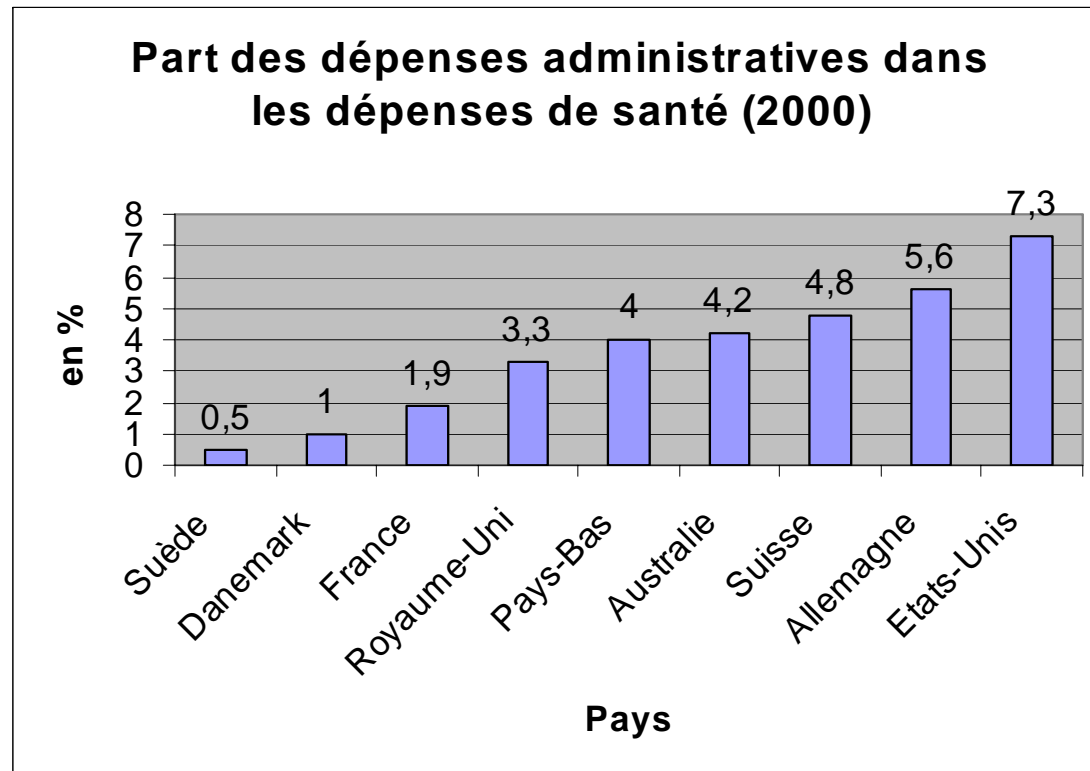
Toutefois leur impact sur le coût de l'assurance obligatoire n'a pas été particulièrement encourageant

- Facteurs explicatifs:
  - Peur de perdre des assurés par des mesures et des contrôles trop poussés
  - Incitations économiques pour les prestataires peu nombreuses (garantie de déficit, donc pas de transfert de risque)
  - Assureurs peu incités dans le secteur hospitalier, car n'en paient que la moitié.
  - Techniques de soins intégrés peu utilisées hors du secteur ambulatoire
  - Sélection des risques trop rentable pour les assureurs, donc utilisée plus pour attirer les bons risques que pour maîtriser le coût des soins de santé.

# Managed care: HMO

# Evaluation III

Coûts administratifs comparés des assureurs



Source: rapport OCDE 2006

## Examen de l'OCDE des systèmes de santé (suite)

- SUVA, l'assureur-accidents en situation de quasi-monopole, présente un tableau légèrement différent. La SUVA a su plus efficacement réaliser des économies:
  - en imposant certaines contraintes à la demande
  - en accordant aux prestataires un pouvoir de négociation accru
  - en investissant lourdement dans la gestion individualisée des cas pour les victimes d'accidents.
- A noter que la SUVA est plus motivée du fait qu'elle assure les pertes de salaire liées aux
  - accidents et les coûts médicaux associés.
  - Ses ressources proviennent d'un pourcentage sur les salaires, et sont moins souples que les primes
- « L'expérience de la SUVA et les résultats médiocres obtenus jusqu'ici par les assureurs pour promouvoir un meilleur rapport coût-efficacité ont contribué à la proposition d'un système d'assureur unique dans le contexte de la LAMal »

Managed care: HMO

Etat de la réflexion

Suite sur site internet ou transparents

(voir dossier spécial Managed Care)

# Managed care: HMO

# Perspectives

Conditions commencent à être remplies pour une accélération de la croissance du Managed care:

- Engagement du corps médical officiel (thèses de la FMH)
- Engagement des médecins praticiens
- Assureurs semblent plus engagés
- Infrastructures se mettent en place
  - Carte d'assuré, compatible EU
  - Essais hors frontière
  - Informatique moins disparate et mieux acceptée
- Technologies de l'information performantes

Ecueils restent nombreux, mais la caisse unique menace!