



HARVARD
T.H. CHAN

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations aux Etats-Unis

CSMF – 16 mai 2018
Natacha Lemaire



SECRÉTARIAT
GÉNÉRAL
DES
MINISTÈRES SOCIAUX



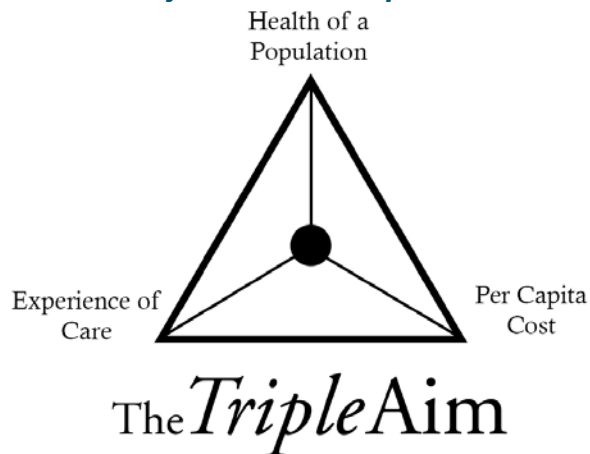
The
COMMONWEALTH
FUND

Contexte aux Etats-Unis (1/2)

Un système de santé excessivement cher

- Un niveau de dépenses le plus élevé au monde au global (17,2% du PIB en 2016 selon l'OCDE) et par habitant,
- Pour des résultats de santé en général inférieurs aux autres pays développés
- Un taux de recours à l'hôpital et aux médecins inférieurs à la moyenne des pays de l'OCDE
- Un coût expliqué par le taux de recours élevé aux actes techniques (imagerie notamment) et aux prix de loin supérieurs à ceux des autres pays développés

Objectif du *triple aim*



Transformation du système de rémunération par le *value-based payment*





Objectif de 30% de paiement en 2016 (dépassé) et 50% en 2018

Développement de modèles avec partage de risque (*downside risk*)











Contexte aux Etats-Unis (2/2)

Un modèle d'exercice de la médecine indépendante en crise

-  Exercice médical indépendant en baisse et n'est plus majoritaire pour la première fois en 2016
-  Médecins rejoignent des groupes plus importants ou des hôpitaux
-  Nombre de cabinets à un médecin baisse tous les ans
-  Pratique médicale évolue avec plus de temps sans face à face avec patient et temps consacré au reporting qualité croissant








Exemple de composition de cabinet médical :

-  2 médecins
-  1 nurse practitioner responsable de la consultation annuelle longue de *Medicare* et du programme *Care management*
-  1 diététicienne (fait aussi des consultations annuelles)
-  2 assistants médecins
-  1 practice manager, gère les aspects administratifs et financiers du cabinet
-  3 superviseurs cliniques : triage au téléphone, *front office* et *back office*
-  1 responsable facturation
-  Environ 15 infirmières



Medicare: un service fédéral pour les plus de 65 ans

Une influence sur le système de santé grandissante

-  58 millions de personnes assurées en juin 2017
-  679 Mds \$ (2016)
-  20% des dépenses de santé (2015)
-  Dépense moyenne par assuré de près de 9 900\$ hors médicament et de 1900\$ pour les médicaments (Part D) en 2015
-  Reste à charge : franchise + co-paiements + co-assurance, représente en moyenne 3 024\$ par an et par assuré, peut être réassuré
-  4.4% de croissance annuelle en moyenne entre 2010 et 2016
-  Prévisions de croissance des dépenses estimées à **+7%** par an en moyenne pour la période 2016-2025 (*Congress Budget Office - CBO*)



-  Premier acheteur de prestations en santé aux Etats-Unis
-  Impératif de réformes



Les Accountables Care Organizations développées par Medicare

- ▼ = groupes de médecins, hôpitaux ou autres offreurs de soins se réunissant volontairement pour délivrer des soins coordonnés de haute qualité à leurs patients Medicare
- ▼ Créés par l'*Affordable Care Act* de 2010
- ▼ Modèle fondé sur le volontariat et un intéressement en fonction des économies réalisées pondérées par un score qualité
- ▼ Responsabilité globale de la consommation de soins du patient où qu'il se fasse soigner
- ▼ Attribution des patients selon leur consommation en soins primaires
- ▼ La mobilisation des données comme levier de transformation
- ▼ Différents programmes en fonction du risque encouru :
 - ▼ *MSSP Track 1 ou 2 (downside ou 1 sided risk), 3 (upside ou 2 sided risk)*
 - ▼ *Pioneer* jusqu'en 2016, *Next Generation* depuis 2017 (*upside ou 2 sided risk*)
- ▼ Adaptation pour les petites organisations avec un financement anticipé versé mensuellement : *Advance payment model (APM)* jusqu'en 2015, *ACO Investment Model (AIM)* depuis 2016



Caractéristiques des ACOs

- ▼ **Tire les expériences du Managed Care des années 90s**
 - ▼ Patient garde son libre-choix
 - ▼ Le financement des offreurs de soins est inchangé (paiement à l'acte pour la grande majorité des médecins)
 - ▼ Des organisations pilotés par des offreurs (et non des assurances)
=> l'instance gouvernante doit être composée à au moins 75% de membres de l'ACO
 - ▼ Pas de pénalité en cas de mauvais résultats pour les *MSSP Track 1*
 - ▼ Flexibilité d'organisation pour les participants au programme



Modèle économique des *MSSP*

Une mécanique d'intéressement compliquée

- ✓ Valeur de référence (*benchmark*)
Moyenne de dépenses hors extrêmes ajustée selon le case-mix et calculée pour chacune des trois années précédentes, avant de se voir appliquer le taux d'évolution de la dépense nationale
- ✓ Ajustement a posteriori selon case-mix de l'ACO (*risk adjustment*)
Valeur de référence initiale ajustée chaque année selon changements démographiques et état de santé des assurés assignés à l'ACO pour année considérée et taux de croissance national actualisé

Création de nouvelles prestations

- ✓ *Annual Wellness Visit* : consultation longue annuelle d'évaluation des risques pour tout assuré *Medicare*, 173\$ la première visite, 117\$ les suivantes
- ✓ *Chronic Care Management services* : coordination pour personnes ayant au moins 2 maladies chroniques > 1 an; 43\$ / moins pour au moins 20 mns de temps clinique
- ✓ *Transitional Care Management services* : coordination après certaines hospitalisations, 112\$ ou 162\$ selon complexité médicale



Une prise en compte de la qualité incluant l'expérience patient

Un nombre limité d'indicateurs

Domaine	Nombre de Mesures	Total des Mesures pour le calcul	Total de Points Possibles	Pondération du domaine
Expérience Patient/aidant	8	8 mesures individuelles recueillies par enquête	16	25%
Coordination des soins/ Sécurité du Patient	10	10 mesures, la mesure dossier patient informatisé compte double (4 points)	22	25%
Prévention	8	8 mesures	16	25%
Population à risque	7	6 mesures, incluant un indicateur composite pour le diabète	12	25%
Total	33	32	66	100%

Outils de mesure de l'expérience patient développés par organismes de recherche sur appel d'offre par l'Agency for Health Research and Quality (AHRQ)

Le développement de programmes de care management

Pour les grands consommateurs et les patients à risque








Extrait du rapport trimestriel transmis par CMS, données pour l'ACO, toutes les MSSP, Medicare FFS

Transition of Care/Care Coordination Utilization

30-Day All-Cause Readmissions Per 1,000 Discharges
30-Day Post-Discharge Provider Visits Per 1,000 Discharges
Ambulatory Care Sensitive Conditions Discharge Rates Per 1,000 Beneficiaries
Chronic Obstructive Pulmonary Disease or Asthma
Congestive Heart Failure
Acute Composite

Additional Utilization Rates (Per 1,000 Person-Years)










Hospital Discharges, Total
 Short-Term Stay Hospital
 Long-Term Stay Hospital
 Rehabilitation Hospital or Unit
 Psychiatric Hospital or Unit
Skilled Nursing Facility or Unit Discharges
Skilled Nursing Facility or Unit Utilization Days
Emergency Department Visits
Emergency Department Visits that Lead to Hospitalizations
Computed Tomography (CT) Events
Magnetic Resonance Imaging (MRI) Events
Primary Care Services
 With a Primary Care Physician
 With a Specialist Physician
 With a Nurse Practitioner/Physician Assistant/Clinical Nurse Specialist
 With a FQHC/RHC

-  Recrutement d'infirmières ou d'assistants médecins pour le suivi des patients
-  Soit par cabinets médicaux si taille critique ou par ACO et temps partagé
-  Extension de la démarche aux assureurs privés pour mutualiser les ressources
-  Ciblage utilisant dans un premier temps les rapports de CMS
-  Puis utilisation de prestataires pour exploiter les données, plus rarement développement de ressources propres
-  Efforts sur *frequent flyers* des urgences et malades chroniques
-  Outil de suivi intégré au logiciel métier des cabinets



Un foisonnement d'expérimentations

Une approche partenariale et assez transparente

-  Principes testés dans le *Physician Group Practice* de 2005 à 2010 : modalités d'intéressement et choix des indicateurs qualités
-  Poursuivie et approfondie avec le *Pioneer program* puis avec le *Next Generation* depuis 2016
-  Modèle spécifique pour l'IRC (*Comprehensive ESRD Care*)
-  Modèle commun pour les *dual eligible (Medicare/Medicaid)*
-  Modèle pour les organisations de petite taille avec financement anticipé (*Advanced Payment Model puis ACO Investment Model*)
-  Possibilité de combiner avec le programme *Patient Centered Medical Home* et *Comprehensive Primary Care Plus*
-  *Webinar* en accès libre et supports téléchargeables sur le site de CMS
-  Création et soutien de *Learning Networks*
-  Mise à disposition de données : liste des participants aux programmes, résultats par participant (benchmark et indicateurs qualité), dépenses par postes, motifs de sorties d'hospitalisation, nombre d'IRM et de services de soins primaires

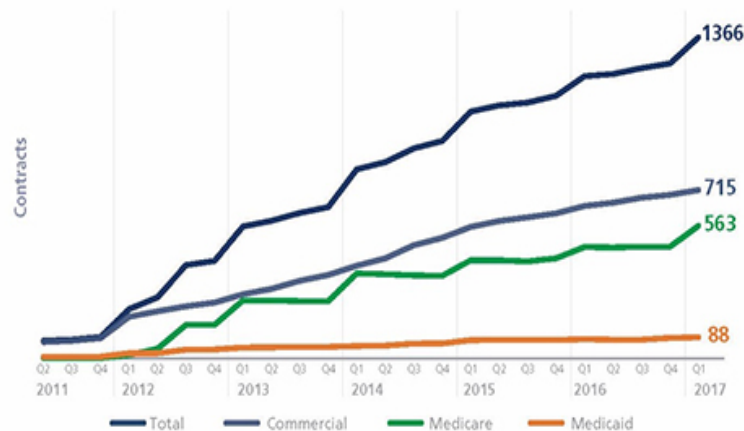


Développement des ACOs *MSSP*

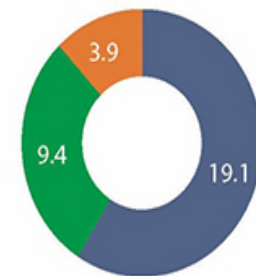
Un développement rapide suivi par les assureurs privés

- 438/480 ACOs participant au Medicare Shared Savings Program Track 1 (one sided risk) au 1er Janvier 2017
- 33 indicateurs qualité de 2012 à 2015, 34 en 2016, 31 en 2017
- 24% des ACOs MSSP avec intéressement versé en 2013, 28% en 2014 et 31% 2015
- Petites ACOs ont tendance à faire mieux, de même que celles dirigées par des médecins
- Intégration financière avec les hôpitaux ne semble pas nécessaire pour faire des économies

Figure3 – Accountable Care Contracts by Payer Type



ACO Lives Per Payer (in Millions)



Chiffres clés









Caracteristiques	ACOs MSSP *
MSSP ACO 2017	N=480
ACOs constituées exclusivement de cabinets médicaux (base déclarative)	>50%
Programmes Advance Payment (2012-2015) or ACO Investment model (depuis 2016)	13%
Performance financière des MSSP ACO en 2015	N=392
Intéressement	31%
Résultat inférieur au seuil minimal (<i>Minimum Saving Rate (MSR)</i>)	21%
Taille (nombre de bénéficiaires <i>Medicare</i>) des MSSP ACO en 2015	
Inférieur à 8,000	26%
De 8,001 à 15,000	39%
Plus de 15,000	36%

* Source: Toutes les données MSSP ACO proviennent des listes 2017 des MSSP ACO de CMS et des résultats de l'année 2015









Un certain engouement des acteurs

Un modèle attractif pour les médecins indépendants

-  Participation volontaire
-  Faible niveau de risque
-  Financement initial minimal
-  Flexibilité dans la mise en œuvre
-  Gardent le contrôle de l'organisation et de la mise en œuvre
-  Cohérence ++ entre indicateurs et le financement

Mais qui ne résout pas les difficultés structurelles du système

-  Poids du codage et de la facturation pour les cabinets indépendants
-  Non interopérabilité des SI entre opérateurs
-  Difficulté à engager le patient
-  Instabilité des règles de CMS
-  Complexité de l'évaluation de la performance
-  Perspective inquiétante du partage de risque



Des résultats contrastés

Encourageants

- De 2012 à 2015 en cumulé : 3,4 Md \$ en deçà du benchmark, 2.4 Mds \$ au-delà du benchmark
- 1,3 Mds \$ d'intéressement versé entre 2012 et 2015
- Nombre d'ACOs avec intéressement augmente avec le temps, 24% en 2013 – 31% en 2015
- Amélioration qualité pour 82% des indicateurs








Mais insuffisants selon ses détracteurs

- En 2015, 48,2% des ACOs ont eu des pertes (réalisé > benchmark)
- Le programme n'est pas autofinancé
- Pas de relation entre amélioration de la qualité et performance financière
- Concentration des gagnants (moitié des économies générée par 36 ACOs) et des perdants (moitié des pertes générée par 38 ACOs)
- Faible intégration clinique constatée sur l'échantillon



Facteurs clés de succès (1/2)





Pour engager les offreurs de soins

-  Caractère non obligatoire du programme et liberté de choix,
-  Gouvernance : outil à la main des offreurs de soins,
-  Qualité et expérience des équipes dirigeantes,
-  Liberté d'organisation laissée aux acteurs,
-  Cohérence intrinsèque entre priorité soins primaires, indicateurs qualité choisis, création de prestations rémunérées associées et désincitations parallèles pour les réadmissions hospitalières
-  Mise à disposition de données directement mobilisables par les opérateurs
-  Mise en place des *Health Information Exchange* permettant l'interopérabilité des systèmes d'information avec les établissements hospitaliers



Facteurs clés de succès (2/2)

Pour les participants aux ACOs

-  Pas besoin d'investir massivement dans les SI pour démarrer
-  Prioriser et ne pas chercher à tout faire en même temps
-  Etablissement de relations étroites avec les cabinets pour répondre à leurs besoins
-  Commencer par structurer le premiers recours avant de s'attaquer à l'adressage et au second recours



Quelles modalités de transposition ? (1/2)



Objectifs poursuivis

- Pour quels patients ?
 - Approche populationnelle : personnes âgées, personnes handicapées
 - Approche par pathologie : maladies chroniques, ALD
- Quelle transformation de l'offre souhaitée ?
 - Soins primaires
 - Médecin-Traitant
 - Virage ambulatoire



Modèle économique

- Quel retour sur investissement souhaité ?
- Quel incitatif : intéressement financier et/ou à la qualité ?
- Quel financement pour la coordination des soins ?
- Quel seuil minimal pour les regroupements (taille critique)?
- Quel accompagnement au changement ?



Structurent le choix des indicateurs et du benchmark



Quelles modalités de transposition ? (2/2)

Quelle évaluation ?

- Quelle place pour l'expérience patient ?
- Quelles modalités d'évaluation de la performance financière ?
- Comment attribuer les patients ?

Quelle mise à disposition de données ?

- Socle minimal
- Utilisation de modèles prédictifs ?

Quel rôle pour le SI ?

- Pour favoriser l'interopérabilité entre opérateurs
- Pour la coordination des soins (dossier patient)

Quelle articulation avec les dispositifs existants ? Enjeu de ne pas se limiter à l'offre déjà structurée

- PAERPA, MAIA,
- CPTS
- PTA,
- TSN,
- territoires pionniers...