

Séance 7 : Réforme du financement du système de santé

Animatrice : Susan Fitzpatrick

Divulgation des conférenciers

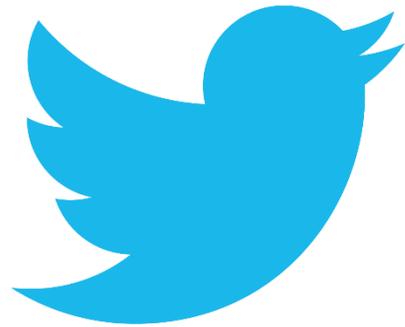
Présentateurs : Cathy Szabo, Donna Cripps, Kevin Smith et Adalsteinn Brown

Relations avec des intérêts commerciaux : Aucune

Divulgation du soutien commercial

Aucun soutien commercial n'a été reçu pour cette séance.

Gazouillez avec nous



Utilisez le
mot-clic
#HQT2014

Transformation 2014 Qualité de la santé

Des partenariats pour offrir de meilleurs soins, être en meilleure santé, optimiser les ressources

Animatrice – Susan Fitzpatrick

**Point de vue des secteurs de la réadaptation, des
soins complexes et des soins communautaires
au sujet de la Réforme du financement du
système de santé**

Cathy Szabo, présidente et chef de la direction
Providence Care, Kingston

Évolution des soins complexes

- Au cours de la dernière décennie, les secteurs ontariens des soins complexes et de la réadaptation ont fait l'objet d'importants changements.
- Ces changements ont eu lieu en réaction à l'amélioration de la recherche, au changement des besoins de la population et à l'augmentation du fardeau de la maladie chronique.

Les patients nécessitant des soins complexes...

- ont besoin de soins de plus en plus complexes qui exigent des traitements de réadaptation actifs dans le cadre de leur programme de soins;
- ont besoin que l'on modifie leur programme de soins et que l'on redéfinisse leurs objectifs thérapeutiques de façon régulière;
- ont des séjours à l'hôpital plus court comparativement au modèle historique de « soins chroniques »;
- nécessitent une intensité de services plus élevée, notamment du personnel médical, infirmier et paramédical;
- ont besoin de suivre un programme de réadaptation plus lent afin d'améliorer le rétablissement de leur fonctions.

Soins complexes à Providence Care – Un changement de paradigme – AUJOURD'HUI

- L'accent est mis davantage sur la prestation de services de réadaptation dans le cadre des services de soins complexes.
- L'admission à un programme de soins complexes n'est pas une « destination finale » pour le patient.
- Les soins et les services visent la réalisation des objectifs du patient (axés sur le patient) et des plans de transition dans la collectivité.
- Amélioration de l'indice des groupes clients – **l'IGC moyen est passé de 1,06 (2013) à 1,12 (2014).**

Comment nous sommes-nous adaptés?

- En sensibilisant le personnel de première ligne et les médecins à l'importance de la consignation pertinente et cohérente des renseignements sur les besoins des patients.
- En cernant un besoin pour des clients en particulier dans notre collectivité : les patients qui bénéficieraient de services de réadaptation axés sur le rétablissement (réadaptation lente).

**Programme de soins de réadaptation axés sur le rétablissement
(Réadaptation lente dans des lits financés pour les SCC)**

Lits opérationnels		12 lits – Octobre 2013 à juin 2014; 14 lits – 2 lits ajoutés en juillet 2014	
Admissions	42		
Congés	65 %		
Destination après le congé	Domicile avec services du CASC	54 %	
	FSLD	5 %	
	Réadaptation active	10 %	
	Soins actifs	16 % (en raison d'épisodes aigus)	
	Autre	15 % (p. ex., maison de retraite)	
Sources d'aiguillage	Réadaptation active au SMOL, à l'Hôpital général de Kingston, l'hôpital général du comté de L&A et la collectivité		
Taux d'occupation	100 %		
Durée du séjour	53,8 jours		
IGC	Minimum	1,1	
	Maximum	1,6	

Nos efforts ont permis d'entraîner les changements ci-dessous en matière de soins complexes.

- Diminution de 67 % de la durée des séjours
- Augmentation de 50 % des congés (pas de décès ou de rapatriement aux soins actifs)
- Augmentation de 16 % de l'IGC pour la réadaptation spéciale offerte aux patients dans les lits de SCC.

Leçons retenues

- Les évaluations précoces en temps opportun sont essentielles afin de tenir compte de la véritable complexité des problèmes de santé du patient et de s'assurer que ce dernier bénéficie au maximum de nos services spécialisés.
- Ne pas sous-estimer la nécessité d'un engagement du personnel et des médecins tout au long du processus et de l'évolution de notre rôle dans la collectivité pour répondre aux besoins des patients nécessitant des soins complexes.
- L'objectif est que le patient reçoive le **bon niveau de soins, au bon endroit et au bon moment.**

Démarche relative aux paiements forfaitaires intégrés

D^r Kevin Smith

Président et chef de la direction, St. Joseph's Health
System

Chef de la direction, Système de santé de Niagara

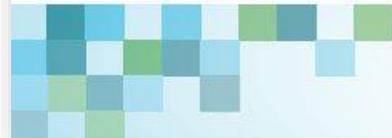
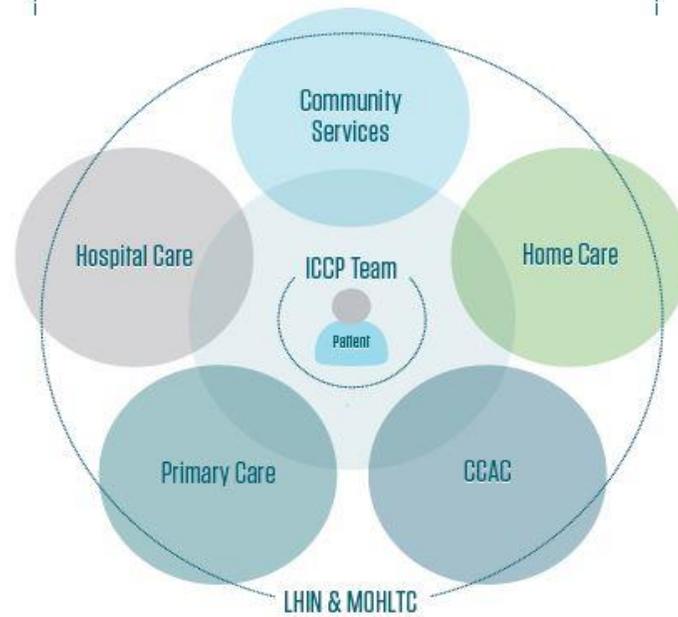
Professeur agrégé

Michael G. DeGroot School of Medicine,
Université McMaster

WHAT WE DEVELOPED

WORKING TOGETHER TO DEVELOP THE
INTEGRATED COMPEHENSIVE CARE PROGRAM

SUPPORTED BY OUR BOARDS, CLINICAL LEADERS AND EXECUTIVES.



SEVEN ELEMENTS



OF THE INTEGRATED COMPREHENSIVE CARE PROGRAM

- 1** **Client centred care**
Empowering clients with knowledge, participation and self-care
- 2** **Integrated care coordinators**
Following clients across the continuation of care
- 3** **Integrated team committed to standardization**
Interdisciplinary care pathways spanning hospital and community
- 4** **A shared electronic health record**
Also serves as a hub for communication
- 5** **Simple, available technology**
Flexibility in communication
- 6** **Ready access to medical care**
Community-based 24/7 contact number for patients
- 7** **Flexibility in the delivery of care**
Continual process improvement



INTEGRATED CARE WITH BUNDLED FUNDING

PATHWAY FOR THORACIC SURGERY – DEVELOPED BY ONE TEAM WITH HOME CARE AND HOSPITAL MEMBERS

+ Day 1:

Patient has interaction with the ICCP coordinator

+ At Home:

ICCP supports patient with home visits, Skype calls with clinicians and 24/7 hotline

+ Day 3:

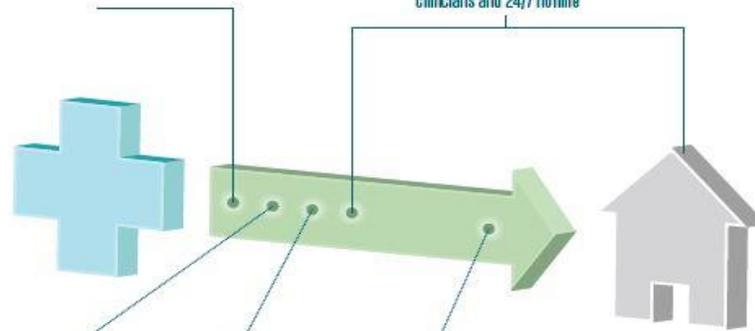
Patient is discharged home with chest tube, supported by ICCP Team

+ Day 4:

Respiratory Therapist comes to patient's home

+ Day 10:

Patient's activity returns to pre-surgery level with rest periods as needed

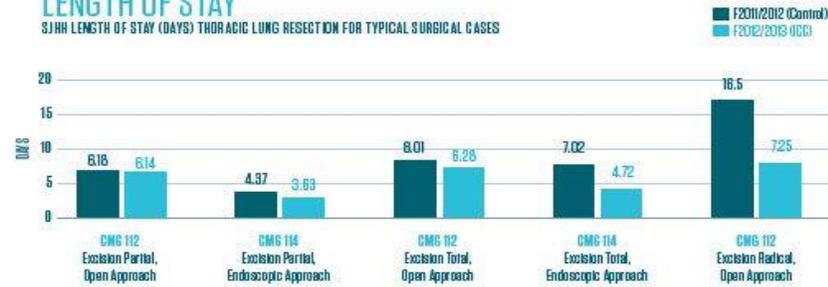


IMPACT



LENGTH OF STAY

3/HR LENGTH OF STAY (DAYS) THORACIC LUNG RESECTION FOR TYPICAL SURGICAL CASES



ICC PROGRAM: WHERE CLIENTS LIVE

HOME LOCATIONS OF THORACIC CLIENTS
FOR ICC PROGRAM 2013/14

PATIENTS AND FAMILIES ARE SAYING:

"I was very happy with my health care at St. Joe's. I really enjoyed using Face Time (iPad). I thought it worked very well."

Patient

"The project gave my mom piece of mind. Having access to her care coordinator made her feel like she wouldn't have to go to the ER when she had a healthcare concern."

Family Member

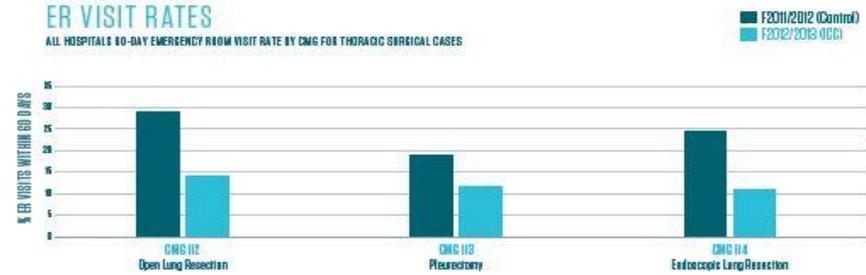
"I thought the ICC program was great. I've had three (surgeries) at St. Joe's and by far, this program enabled me to have the fastest and best recovery."

Patient

CREATING BETTER, CHEAPER & FASTER CARE

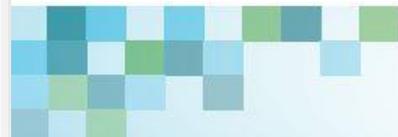
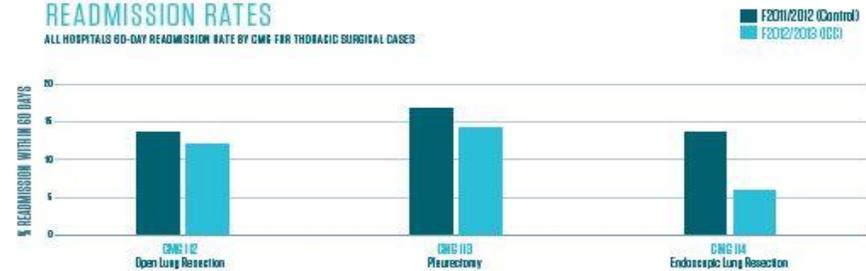
ER VISIT RATES

ALL HOSPITALS 90-DAY EMERGENCY ROOM VISIT RATE BY CMG FOR THORACIC SURGICAL CASES



READMISSION RATES

ALL HOSPITALS 90-DAY READMISSION RATE BY CMG FOR THORACIC SURGICAL CASES



Réforme du financement du système de santé

... du point de vue d'un RLISS

**Donna Cripps, chef de la direction
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant**

Généralités

- Créer un système de financement meilleur, transparent et explicable.
- Fournisseurs s'efforçant de fournir de bonnes données.
- La conversation a changé – elle est davantage axée sur la personne desservie.
- La compréhension de la formule déterminera le comportement. Il faut donc être conscient des conséquences non intentionnelles.

Procédures fondées sur la qualité

- Miser sur le concept pour mettre sur pied nos programmes cliniques intégrés.
 - Obtenir la participation des médecins et des autres cliniciens.
 - Comprendre le financement et modifier les comportements pour répondre aux besoins du patient.
- Avoir une incidence sur l'ANS – changer le type de personnes qui sont désignées comme nécessitant un ANS.
- Volonté de l'hôpital de gérer une situation à partir du budget général.
- Certains hôpitaux pensent à fermer leurs portes.

Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAFS)

- Deux premières années dédiées à comprendre la formule.
- A changé la conversation
 - CASC – quels patients ont besoin de retourner à leur domicile?
 - Comment pouvons-nous travailler avec les organismes de SCC?
 - Comment pouvons-nous réaliser des gains d'efficacité?
 - Qu'est-ce que les autres font que nous ne faisons pas?
- Maintenant que la formule est appliquée, voir les FSS tenter de s'améliorer.
- Des mesures ont permis d'atténuer les répercussions, mais la véritable incidence est maintenant ressentie.
- Primordial de garder les gains d'efficacité à l'égard de la province.

Transformation 2014 Qualité de la santé

Des partenariats pour offrir de meilleurs soins, être en meilleure santé, optimiser les ressources

Réforme du financement : Faire le lien entre les coûts et la qualité

Qu'avons-nous appris des données probantes?

Qu'avons-nous appris de la pratique?

Adalsteinn Brown, directeur de l'Institute of Health Policy, Management, and Evaluation et titulaire de la chaire Dalla Lana en matière de santé publique



Que savons-nous à propos de l'amélioration de la qualité, des économies et des modèles de financement?

Que peut-on trouver dans la documentation sur la qualité, les coûts et le financement?

- Fort intérêt politique de faire le lien entre la qualité et les coûts par l'entremise du financement.
 - Nouvelles structures comme les organismes de soins responsables et les centres de médecine de famille aux États-Unis
 - Initiatives comme Dark Green Dollars et Triple Aim de l'Institute for Health Care Improvement aux États-Unis
 - *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (Ontario)
- Toutefois, il s'agit d'un domaine très peu étudié.
 - Excellente littérature grise, bonnes études de cas des dirigeants de l'IHI, autres groupes
 - Littérature provenant principalement des États-Unis et du Royaume-Uni.
- Difficultés au niveau de la méthodologie des études
 - Les détails sur la ventilation des coûts ne sont pas clairs, pourraient ne pas comprendre les coûts de l'amélioration.
 - Mesure de la qualité et des coûts incomplète ou sur une courte période
 - Évolutivité et généralisation des projets incertaines
 - Sites d'essai sélectionnés spécifiquement pour leurs conditions favorables au succès.
- Difficile de distinguer la réforme du financement, les changements structurels et les caractéristiques du marché.

Les coûts et la qualité sont associés dans le cadre des soins hospitaliers, surtout grâce à la conformité aux lignes directrices.

ProvenCare ¹	Quarante comportements vérifiables associés aux interventions chirurgicales cardiaques fondées sur les données probantes « programmés » dans les dossiers médicaux électroniques.	Diminution de 5 % des frais d'hôpitaux
Liste de vérification de la sécurité chirurgicale américaine ²	Un outil qui prend deux minutes à utiliser conçu pour aider le personnel de la salle d'opération à améliorer le travail d'équipe et à assurer l'utilisation uniforme des processus de sécurité.	Économies annuelles de 103 829 \$ pour les hôpitaux procédant à 4 000 interventions non cardiaques.
Simulation de l'insertion d'un cathéter veineux central ³	Programme obligatoire de simulation d'insertion de cathéter	Économies annuelles prévues d'environ 700 000 \$
Amélioration de la qualité dans l'unité des soins intensifs pédiatriques ⁴	1) Conformité stricte à l'hygiène des mains; 2) volet sur la PVA de l'IHI; 3) conformité aux lignes directrices sur les cathéters centraux	Les coûts rajustés moyens étaient moins élevés pour les unités de soins intensifs (8 826 \$) et dans les hôpitaux (12 136 \$).
Projet Keystone sur la sécurité dans les unités des soins intensifs au Michigan ⁵	1) Interventions visant à améliorer la culture de sécurité, le travail d'équipe et la communication et 2) interventions visant à améliorer la conformité aux données probantes sur les bactériémies liées aux cathéters centraux.	Les économies pour l'hôpital moyen étaient de 1,1 million de dollars par année.
Programme régional d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux (Michigan) ⁶	Programme d'amélioration de la qualité payé par un assureur privé.	Économies nettes de 15 millions de dollars (coût du programme : 5 millions de dollars)

Les coûts et la qualité deviennent plus étroitement liés alors que la portée s'étend aux politiques et aux soins des patients.

Programme de prise en charge du diabète en Allemagne ¹	Les médecins de soins primaires inscrivent les patients, les sensibilisent et leur donnent des conseils à propos de la prise en charge de leur maladie et du recours au système de soins de santé.	Réduction nette de coûts de 209,10 \$ par patient inscrit
Cadre de la qualité et des résultats au Royaume-Uni ²	Mécanismes d'incitation de paiement au rendement; le paiement était déterminé par l'atteinte d'indicateurs de qualité associés à 10 maladies chroniques.	Réduction des coûts d'hôpitaux d'environ 130 millions de livres
Programme de prise en charge du diabète et des cardiopathies de Kaiser Permanente ³	Lignes directrices cliniques, sensibilisation à l'autoprise en charge, registres de la maladie, stratification des risques, rayonnement proactif, rappels, équipes de soins multidisciplinaires et rétroaction sur le rendement aux fournisseurs	Les coûts ont augmenté pour chacune des quatre maladies, notamment de 19 % pour les patients canadiens.
Système d'amélioration du rendement de Kaiser Permanente ⁴	Mesure, renforcement de la capacité d'amélioration de la qualité et soutien des projets d'amélioration dans 22 centres	Économies moyennes de 2,36 \$ par dollar investi, engendrant un rendement net de 434 600 \$ par centre.
Efforts d'amélioration de la qualité d'Intermountain ⁵	Mesure, renforcement de la capacité, supervision centralisée et conseils pour les projets d'amélioration de la qualité	Plusieurs exemples d'économies, notamment 50 millions de dollars grâce à la reconception du protocole d'obstétrique

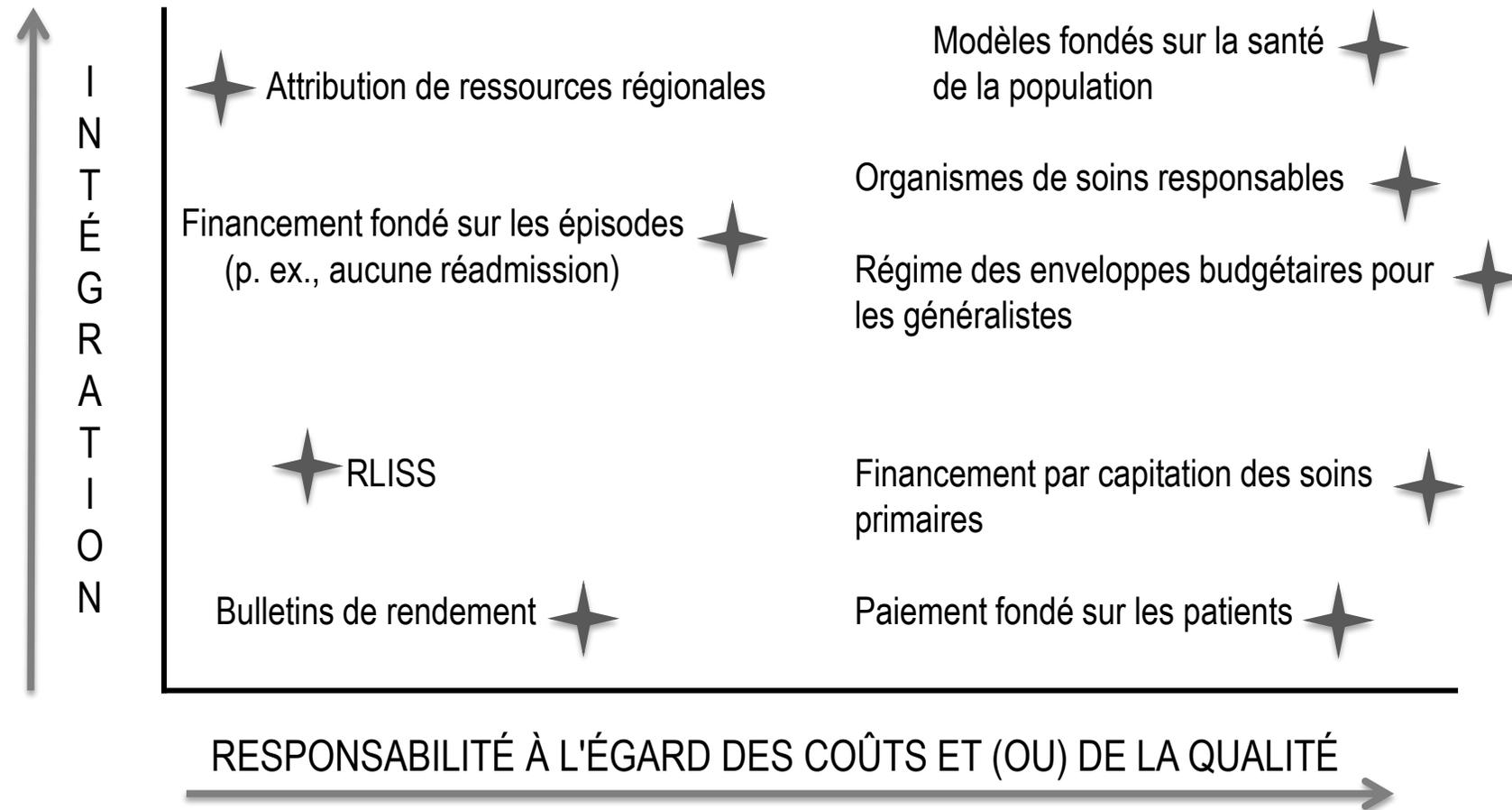
Toutefois, le lien entre les coûts et les résultats en matière de qualité est attribuable à de nombreux facteurs, y compris le financement.

- L'intégration est un élément essentiel pour réduire les coûts.
 - Preuve de succès dans les cheminements pour les maladies et la coordination des soins
 - Les systèmes intégrés semblent être au premier rang en matière de compromis du rapport qualité-coûts.
- La confiance et le leadership des médecins semblent être un enjeu essentiel.
 - Les Stratégies associées aux médecins comprennent la surveillance par un infirmier après le congé de l'hôpital, les programmes de prise en charge des maladies et les initiatives de réduction des erreurs qui permettent une substitution des soins à coûts plus faibles pour des soins à coûts plus élevés¹.
 - Les stratégies d'amélioration de la qualité dirigées par les cliniciens/patients sont plus efficaces que les stratégies dirigées par les gestionnaires/décideurs².
 - La confiance est une question critique dans la création de nouveaux organismes de soins responsables du programme pilote américain³.
- Toutefois, de nombreux changements ne sont pas efficaces sans un changement important dans le financement et l'organisation des systèmes^{4,5}.
 - Aucune détermination régulière des économies réalisées par l'amélioration de la qualité dans les établissements de soins de longue durée
 - Données probantes partagées relativement à la coordination des soins⁶
 - La révision des rôles ne change pas, à elle seule, les coûts^{7,8}.
 - L'évitement des coûts est plus probable avec des changements dans l'utilisation de la technologie que l'élimination des coûts en raison des structures de financement rigides⁹.

Un faible quantité de données probantes démontre que la participation aux gains pourrait fonctionner... mais avec de nombreuses restrictions.

- Une étude américaine sur la participation aux gains dans le domaine des soins aux patients hospitalisés dans un centre tertiaire a montré ce qui suit :
 - les économies sont plus importantes dans le cadre de la participation aux gains (16 millions de dollars) comparativement aux non-participants (9 millions de dollars), bien que les économies réalisées soient importantes dans les deux volets;
 - les économies varient selon divers facteurs comme le modèle de l'IHI, y compris la réduction de la durée du séjour, la réduction des coûts d'approvisionnement et les améliorations dans la documentation et l'achèvement des dossiers médicaux¹.
- L'étude américaine sur la participation aux gains en cardiologie interventionnelle a démontré une réduction des coûts de 7,4 %.
 - La vaste majorité des économies est réalisée grâce aux faibles coûts des intrants².
- Participation aux gains derrière les nouveaux modèles d'organismes de soins responsables
- La participation aux gains soulève également plusieurs questions éthiques importantes.
 - Problèmes principal-agent
 - Potentiel de ne pas offrir assez de services en opposition à trop de services
 - Comportement anticoncurrentiel
 - Pots-de-vin

Les décideurs ont commencé à adopter une approche plus globale à la transformation associant le financement parmi un plus grand nombre de groupes de services avec plus de liens à la qualité.



Cependant, le fait d'associer le financement à de plus importants ensembles de services (et pour de plus vastes résultats) nécessite une réforme du financement du système de santé parmi plusieurs cloisonnements dans tout le système de soins.

**Événements
indésirables**



Hôpitaux et médecins en milieu
hospitalier

Réadmissions



+ Médecins en milieu
communautaire

**Prise en charge des
maladies chroniques**



+ Médicaments

Autre niveau de soins



+ Soins communautaires

**Résultats en matière de
santé**



+ Les fournisseurs, les personnes
soignantes et l'autoprise en charge

Que savons-nous à propos du financement, de la qualité et des coûts?

- Aucun système de financement ne fonctionne toujours bien.
 - Certaines mises en œuvre fonctionnent bien, d'autres ne fonctionnent pas (financement fondé sur les activités).
 - Les gains réalisés grâce à un système sont modestes (financement fondé sur les activités, régime des enveloppes budgétaires).
 - L'intégration semble être essentielle pour réaliser des gains plus importants (financement fondé sur la population, organismes de soins responsables).
 - La capacité d'amélioration et la bonne gouvernance sont critiques (organismes de soins responsables).
 - Pour réussir, il faut du financement, des politiques et (probablement) une réforme structurelle.
- La valeur est un vecteur; certains changements peuvent entraîner facilement des réductions de coûts (réadmissions), d'autres non (satisfaction).
- Les inégalités en santé surpassent les inégalités dans l'accès aux soins, les coûts des soins et la qualité des soins. Aucun modèle de financement ne réduira à lui seul les inégalités.
 - Les modèles de financement peuvent-ils permettre des rajustements qui réduisent les inégalités?
 - Les modèles de financement et de gouvernance peuvent-ils s'appliquer à de plus vastes déterminants de la santé?

Les changements qu'il faut apporter à l'échelle du système pour améliorer la qualité et diminuer les coûts nécessitent de repenser à la façon dont nous organisons et appuyons de meilleurs soins.

La mauvaise qualité et les événements indésirables sont communs et coûteux.

Certaines interventions sont efficaces, mais engendrent des coûts qui surpassent les économies.

Les coûts et les avantages de la qualité sont réalisés au fil du temps et partagés parmi les intervenants.

Les facteurs contextuels déterminent si un fournisseur réalise des économies au moyen de l'amélioration de la qualité.

Les fournisseurs seraient avantagés à obtenir des renseignements pertinents sur leur situation.

L'étude de rentabilisation peut permettre d'épargner des souffrances évitables plus rapidement.

S'assurer que les fournisseurs assument davantage les coûts attribuables à une mauvaise qualité, tout particulièrement pour leurs lacunes dans le transfert des patients et la prévention.

Mesurer la qualité et les coûts liés à la qualité dans des milieux de routine dans le cadre des systèmes de gestion et de paiement.

Financer l'expertise locale d'amélioration – partagée par les fournisseurs – et le lien aux économies.

Distribuer les coûts investis dans le renforcement de la capacité d'amélioration sur une période et parmi les partenaires; possiblement par l'entremise d'organismes de financement intermédiaires.

Que pouvons-nous faire?

- Redéfinir les relations à l'échelle du système.
 - Quelle est la définition d'une collectivité qui peut être responsable des soins pour une population définie?
 - Comment les payeurs et les fournisseurs travailleront-ils ensemble?
Des cas de réussite ressortent aux États-Unis alors que des partenariats entre les payeurs et les fournisseurs s'établissent pour traiter les problèmes de capacité¹.
- Axer les paramètres de mesure du rendement sur la qualité qui dépend de l'intégration.
 - S'éloigner des paramètres de mesure actuels axés sur les secteurs.
 - Se concentrer sur les mesures des résultats et de l'expérience.
- Promouvoir la gouvernance, l'amélioration et la capacité de gestion des fournisseurs afin de permettre la coordination et l'amélioration des soins, ainsi que le partage des avantages.
 - Se concentrer sur la gestion du changement à tous les niveaux et l'amélioration de la capacité sur le terrain.
- Examiner la réglementation pour déterminer les obstacles aux collaborations et aux améliorations qui créent une valeur (p. ex., confidentialité, accès direct, délégation, délivrance de titres et certificats).
- Établir des modèles de financement qui favorisent l'intégration et la gestion de la qualité par la redistribution des économies et l'agrégation des volets des soins.

Les changements qu'il faut apporter à l'échelle du système afin de promouvoir un meilleur rendement ne nécessitent pas de dépenses additionnelles, mais ils permettent à toutes les dépenses additionnelles d'avoir une incidence beaucoup plus importante.

Il n'y a que trois éléments communs aux systèmes de soins de santé qui ont réduit les coûts et amélioré la qualité au fil du temps.

1. Un énoncé public portant sur les objectifs visés par l'amélioration et un plan pour atteindre ses objectifs.
2. Des rapports publics sur les résultats associant clairement les résultats aux plans d'amélioration qui font partie de la stratégie.
3. Un fort leadership des médecins et des cliniciens dans le cadre des efforts d'amélioration afin de les harmoniser aux objectifs d'amélioration.

Les stratégies qui ne comprennent pas ces éléments ne permettront pas de réaliser les mesures incitatives intrinsèques.

Transformation 2014 Qualité de la santé

Des partenariats pour offrir de meilleurs soins, être en meilleure santé, optimiser les ressources

Questions et discussion