

COUVERTURE

SANTÉ

SOLIDAIRE

Avril 2004

S O M M A I R E

AVANT-PROPOS.....	3
SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	5
PROPOSITIONS	7
Proposition 1 : instaurer une véritable Assurance-Maladie Universelle (AMU)	7
Proposition 2 : délimiter le champ de la Couverture santé solidaire (CSS).....	7
Proposition 3 : hiérarchiser les priorités	7
Proposition 4 : choisir un mode de gestion efficace	7
Proposition 5 : faire le choix de la protocolisation	7
Proposition 6 : assurer le « <i>continuum santé</i> »	8
Proposition 7 : responsabiliser les acteurs, assurés et professions de santé.....	8
I. LA COUVERTURE SANTÉ SOLIDAIRE	9
1. <i>La délimitation du champ de la Couverture Santé Solidaire</i>	10
2. <i>Les principes de mise en œuvre de la Couverture Santé Solidaire</i>	10
3. <i>La hiérarchisation des priorités</i>	11
II. LE MODE DE GESTION.....	12
1. <i>Un préalable</i>	12
1.1 Des systèmes d'information	12
1.2 Un dossier médical partagé	12
1.3 L'évaluation <i>a posteriori</i>	13
2. <i>L'alternative</i>	14
3. <i>Le choix de la protocolisation</i>	15
III. LE « CONTINUUM SANTÉ ».....	18
1. <i>Définition</i>	18
2. <i>L'articulation Assurance-Maladie Universelle / assurance supplé-mentaire</i>	18
2.1 Les institutions gérant l'Assurance-Maladie Universelle	18
2.2 Les institutions d'assurance supplémentaires	19
2.3 Les délégations de gestion du risque	19
CONCLUSION	20
<i>Responsabiliser les assurés</i>	20
<i>Responsabiliser les professions de santé</i>	20
ANNEXES.....	22

A V A N T - P R O P O S

Après le rapport sur « *L'Assurance-Maladie Universelle* » et celui sur « *L'hôpital réinventé* », voici le troisième rapport que l'Institut Montaigne consacre à la santé. Il a été élaboré comme les autres par un groupe d'experts bénévoles, venus de tous les horizons intellectuels et professionnels du monde de la santé. Ces experts ne répondent à aucun autre critère de sélection que la reconnaissance de leur compétence et leur désir de partager le fruit de leurs réflexions et de leurs expériences. Les échanges sont parfois vifs, compte tenu des fortes personnalités qui s'expriment dans le groupe, mais les désaccords qui subsistent après de franches discussions sont assez limités. Nous pouvons en témoigner. Les experts du domaine ont finalement des visions assez convergentes de la réforme. Ils savent certes que la table rase n'est ni possible ni souhaitable. Ils savent aussi qu'il est nécessaire de faire preuve d'imagination pour concevoir sauvegarder les acquis de solidarité et de liberté auxquels tous les Français sont attachés, tout en concevant un système financièrement « *soutenable* » à long terme. Le fonctionnement à crédit qui laisse à la charge des générations futures le coût d'une consommation que nous ne savons – ou ne voulons – pas maîtriser n'est pas acceptable, ni politiquement ni moralement.

Ce troisième rapport porte sur la Couverture Santé Solidaire. Nous sommes partis d'une réflexion sur la notion de « *panier de soins* », c'est-à-dire sur les biens et services pris en charge par l'assurance-maladie. Nous partageons en effet le constat du Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance-maladie selon lequel « *le système de financement [ne peut s'épuiser] à vouloir couvrir sans tri tout ce que les industries et professions de santé peuvent offrir* ». Les dépenses d'assurance-maladie ne sauraient recouvrir tout le champ des dépenses de santé. Reconnaître cette évidence est déjà un immense progrès, presque une révolution culturelle, au regard des ambiguïtés de notre mode d'appréhension collectif de l'assurance-maladie. Reste la question essentielle : comment faire la part des choses ? Comment tracer la ligne de démarcation entre remboursable et non-remboursable sans abandonner l'exigence de solidarité, sans tomber dans le piège des oppositions sommaire du type « *petit risque-gros risque* », sans encourir le reproche mortel pour tout projet de réforme de « *privatisation* » de l'assurance-maladie ?

Le rapport, fruit de ce travail collectif, apporte des réponses que nous croyons innovantes. D'abord, il nous faut renoncer à cette terminologie maladroitement de « *panier de soins* ». Non pour des raisons sémantiques mais pour des raisons de fond. La notion de panier de soins attache en effet un statut de « *remboursabilité* » à un bien ou à un acte médical indépendamment de leur usage. Comme s'il s'agissait d'une caractéristique intrinsèque à ce bien ou à cet acte.

Nous proposons de voir les choses différemment en dissociant la « *couverture* » du risque santé de la « *gestion* » de ce risque. Nous proposons que, dans un premier temps, la collectivité – à travers sa représentation institutionnelle – définissent les contours de la garantie collective offerte à tous les Français, par exemple la prise en charge des pathologies chroniques, des soins pédiatriques, etc. Certains risques – par exemple les risques professionnels – pourraient être exclus de cette garantie universelle et faire l'objet d'un

contrat spécifique défini dans un autre cadre, par exemple celui des relations professionnelles.

Dans un deuxième temps, une fois ces risques définis, se poserait la question de la gestion proprement dite de ce risque qui devrait échoir à l'assurance-maladie et aux professionnels de santé. Ils pourraient en effet définir conjointement les conditions de prise en charge, notamment sous la forme de « *protocole de soins* » opposables. Les protocoles, négociés avec les représentants des professions de santé, définiraient ainsi le type de soins – préventifs, diagnostics ou curatifs – qu'il conviendrait de prendre en charge ainsi que le mode d'administration de ces soins. Le modèle existe déjà : c'est celui du suivi de la grossesse non compliquée. Dans ce cas la collectivité prend en charge trois échographies sur la période de grossesse, mais pas quatre ou cinq. Ainsi la même échographie, faite à la même patiente par le même professionnel est ou n'est pas prise en charge selon qu'elle répond ou non à cette condition. Ce type de démarche peut être généralisée selon des modalités que le lecteur découvrira plus en détail dans le rapport.

Cette suggestion qui est à l'avantage de constituer une mise en œuvre pratique du principe promu par le Haut Conseil, et auquel nous adhérons, de la maîtrise par la qualité. Elle est techniquement possible. Elle bouscule nos modes de pensée. Elle est cependant profondément cohérente avec les objectifs de solidarité, de qualité et d'efficacité auxquels doit impérativement répondre le système de santé de demain.

Claude Le Pen
Président du groupe de travail

I N T R O D U C T I O N

Assurance-Maladie Universelle : vers une véritable Couverture Santé Solidaire

Comme le souligne avec éclat le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie présidé par Bertrand Fragonard, « *la demande sociale, les exigences des professionnels, les effets du vieillissement et l'évolution des techniques médicales amènent à penser que, malgré les améliorations de la productivité, les dépenses de santé continueront à croître à un rythme de 1 à 2 points supérieur à l'évolution du PIB* » ; elles deviendront donc un poste important de la consommation des ménages.

Facteur de croissance, de création de richesse et d'emplois, cette évolution est salubre car elle contribue au bien-être de la population. Cette récente prise de conscience suscite toutefois deux questions majeures : **quelle part¹ de ces dépenses de santé sera prise en charge au titre de la solidarité nationale ? Et à quelles priorités de soins et de services correspondent-elles ?**

Au moment où le débat s'engage dans notre pays, l'Institut Montaigne souhaite apporter sa contribution et proposer des éléments de réponse concrets et opératoires (cf. annexe 1).

*
* *

Depuis la loi du 27 juillet 1999 portant sur la création d'une Couverture Maladie Universelle (CMU), c'est le critère de résidence et non plus l'exercice d'une activité professionnelle qui est déterminant pour l'accès à l'assurance-maladie obligatoire. L'Institut Montaigne a tiré les conséquences de cette évolution en proposant l'instauration d'une véritable « *Assurance-Maladie Universelle* »² (AMU), reposant pour l'essentiel :

- **Sur un financement universel :** à travers une CSG Santé déductible, assise sur l'ensemble des revenus dont le taux serait modulé entre le revenu d'activité, le revenu de remplacement (notamment les retraites) et le revenu de l'épargne :
 - Pour les salariés, la CSG Santé se substituerait aux actuelles cotisations patronales et salariales. Ils percevraient alors un salaire brut égal au salaire actuel, augmenté des cotisations patronales relatives à l'assurance-maladie
 - La CSG Santé clarifie et rend lisible la contribution de chacun car déconnecte le financement de la nature des revenus et de l'activité professionnelle. Elle constitue même un instrument pédagogique : ainsi, le déficit enregistré lors de l'année en cours devrait être compensé par une augmentation à due proportion de la CSG l'année suivante, et non transféré – comme c'est le cas aujourd'hui – sur les générations futures

¹ Cette part s'élève aujourd'hui à 76 %.

² Voir notre rapport intitulé « *Vers une Assurance-Maladie Universelle ?* », octobre 2002 ; il est intégralement téléchargeable sur notre site Internet : www.institutmontaigne.org.

- **Sur une gouvernance responsable** : bénéficiant d'une double légitimité, politique et scientifique, un « *Haut Conseil de la santé* » aurait pour mission de proposer les grandes orientations en matière de politique de santé, dans les domaines de la prévention, de la garantie de la qualité des soins dispensés et de l'efficience des dépenses.

La gestion, les relations avec les professionnels de santé et les achats de soins (y compris hospitaliers) relèveraient, pour ce qui concerne la Couverture Santé Solidaire, d'une caisse d'Assurance-Maladie Universelle, dont la composition du Conseil d'administration pourrait s'inspirer de celle du Conseil économique et social, disposant d'une véritable autonomie, notamment en matière de délégation de gestion du risque à des opérateurs de soins en concurrence.

La troisième composante de l'Assurance-Maladie Universelle est l'objet de cette publication :

- **Sur une Couverture Santé Solidaire (CSS)** : elle couvre les soins et les services de santé pris en charge intégralement au titre de la solidarité décidée par la collectivité nationale telle que nous la concevons. **La couverture de ces biens et services est à la fois fonction de la pathologie, du prescripteur et de l'assuré.**

Nous proposons de lier la prise en charge à l'observation de protocoles thérapeutiques qui décrivent avec précision l'ensemble des soins nécessaires au traitement d'une pathologie ou d'une situation médicale quels qu'ils soient. Ces protocoles de soins, validés par des experts, doivent être conformes aux données actuelles de la science et périodiquement réévalués. Un même acte pourra ainsi être ou non pris en charge au titre de Couverture Santé Solidaire, selon le protocole duquel il relève, avec toutes les souplesses et dérogations que commande le bon fonctionnement du système.

Le législateur, après consultation du Haut Conseil, arrêterait le taux de la CSG Santé (en tenant compte des résultats des années antérieures), les missions d'intérêt général, la définition des priorités de santé publique et de la politique d'éducation et de recherche et, surtout, le champ de la Couverture Santé Solidaire. Nous refusons de croire que la seule « *solidarité nationale* » réglerait le problème. Selon nous, **le principe de réalité commande de garder à l'esprit que l'Assurance-Maladie Universelle ne couvrira jamais la totalité des dépenses de prévention, de soins et de services rendus accessibles par les progrès scientifiques et validés comme utiles.**

Les biens et services non-inclus dans la Couverture Santé Solidaire en raison de leur nature, de la manière dont ils sont dispensés ou de leur niveau de priorité, relèvent de l'assurance supplémentaire souscrite à titre individuel ou collectif, assortie d'une aide personnalisée pour les bas revenus. Elle couvrirait dès le premier euro tous les risques situés hors du champ de la Couverture Santé Solidaire.

Ce rapport s'attachera également à décrire le mode de gestion de cette Couverture Santé Solidaire, sa contribution au « *continuum santé* » et précisera les modes de responsabilisation des acteurs, assurés et professions de santé.

*

* *

P R O P O S I T I O N S

Proposition 1 : instaurer une véritable Assurance-Maladie Universelle (AMU)

L'Institut Montaigne propose l'instauration d'une véritable « Assurance-Maladie Universelle », reposant pour l'essentiel :

- *Sur un financement universel*, à partir d'une CSG Santé déductible, assise sur l'ensemble des revenus (modulée selon leur nature).
- *Sur une gouvernance responsable*, à partir d'un Haut Conseil et d'une caisse d'Assurance-Maladie Universelle disposant d'une véritable autonomie.
- *Sur une Couverture Santé Solidaire* des soins et services pris en charge en fonction de la pathologie, du prescripteur et de l'assuré.

Proposition 2 : délimiter le champ de la Couverture Santé Solidaire (CSS)

La Couverture Santé Solidaire couvre les soins et les services de santé pris en charge intégralement au titre de la solidarité (et notamment de la dépendance) décidée par la collectivité nationale telle que nous la concevons. La couverture de ces biens et services est à la fois fonction de la pathologie, du prescripteur et de l'assuré.

À ce titre, ne relèvent pas de la solidarité :

- Les indemnités journalières qui seraient prises en charge au titre de l'assurance-chômage.
- Certains accidents de la circulation et pratiques sportives qui relèvent d'une assurance individuelle

Proposition 3 : hiérarchiser les priorités

L'établissement de priorités devient un impératif pour ne laisser en dehors de la Couverture Santé Solidaire que les actes que la majorité des citoyens peuvent assumer de façon correcte à travers des assurances supplémentaires des dépenses familiales personnelles. Ces priorités seraient approuvées chaque année par le Parlement de façon concomitante avec l'enveloppe financière afférente à l'Assurance-Maladie Universelle et celle correspondant à la politique de santé publique.

Proposition 4 : choisir un mode de gestion efficace

La garantie de la qualité des soins et des services qui doit être offerte aux assurés à travers la Couverture Santé Solidaire impose un certain nombre d'évolutions majeures, ayant notamment trait aux systèmes d'information et au dossier médical électronique. C'est un préalable indispensable à la gestion efficace de l'Assurance-Maladie Universelle. Sur cette base, une évaluation *a posteriori* garantira la qualité des soins dispensés

Proposition 5 : faire le choix de la protocolisation

La Couverture Santé Solidaire s'explique par des services et les soins de santé protocolisés et retracés au sein du dossier médical électronique du patient. Un protocole de soins décrit le plus précisément possible l'ensemble des soins nécessaires à la prise en charge d'une

pathologie ou d'une situation médicale. Ces soins validés par des experts sont conformes aux données actuelles de la science et (re)évalués régulièrement.

La description du protocole de soins prend en compte les compétences du producteur de soins, les caractéristiques de la technique utilisée et la situation médicale du patient.

La description du schéma de soins sera prééminente car l'expérience le montre, un malade atteint d'une pathologie grave accepte des contraintes s'il en espère un bénéfice en terme de qualité, alors que l'assuré peu concerné ne verra pas l'intérêt de limiter sa liberté. Aussi, la prise en charge d'épisodes ponctuels de soins mettra-t-elle davantage l'accent sur l'utilisation rationnelle du système. Un épisode pourrait par exemple relever de la Couverture Santé Solidaire s'il est retracé au sein du dossier médical à l'initiative du patient et pas pris en charge dans le cas contraire.

Proposition 6 : assurer le « *continuum santé* »

À elles seules, ni l'Assurance-Maladie Universelle, ni l'assurance supplémentaire, ne pourront répondre à cette demande. C'est pour cette raison, et sans *a priori* idéologique, qu'il faut sereinement envisager, en tenant compte des situations locales, des mécanismes de délégation de gestion du risque de l'Assurance-Maladie Universelle vers l'assurance supplémentaire, et de l'assurance supplémentaire vers l'Assurance-Maladie Universelle – voire des deux conjointement – vers de nouveaux acteurs, institutions médicales et de service, à même de répondre à ces nouvelles demandes. Cette vision, et les actions qui en découlent, sont plus réalistes et plus opératoires que ce que les débats actuels suggèrent sur le sujet (co-paiement, co-régulation, co-responsabilité).

Proposition 7 : responsabiliser les acteurs, assurés et professions de santé

LA COUVERTURE SANTÉ SOLIDAIRE

La Couverture Santé Solidaire a l'ambition de répondre à un problème ouvert depuis plus d'un demi-siècle : quelle est la définition de la protection de santé pour tous ? Quelles en sont les limites ?

Reconnaissons d'abord que les déterminants de cette santé qu'il nous faut protéger ne relèvent pas tous du domaine médical. Nous citerons à ce titre :

- les diversités comportementales qui nous font adopter vis-à-vis des différents facteurs de risques pour notre santé des attitudes variables (tabac, alcool, sport...)
- les facteurs d'environnement économique, d'assainissement, d'habitat, d'éducation et de culture qui influencent fortement notre santé
- et seulement enfin le système de prévention et de soins lui-même que la science met à notre disposition. **C'est lui seul qui est concerné par Couverture Santé Solidaire**

Un préalable nous paraît indispensable : **il faut accepter, sans réticence et sans aucune arrière pensée, que le système national et solidaire de santé pour tous les résidents – l'Assurance-Maladie Universelle – ne pourra jamais couvrir la totalité des dépenses de prévention et de soins** rendus accessibles par les progrès scientifiques et validés comme utiles.

Aucun pays développé n'a su et pu réaliser la prise en charge intégrale des dépenses de santé. En France, où l'assurance-maladie est obligatoire depuis plus de 30 ans, et malgré un déficit massif par rapport aux recettes, seules 76 % des dépenses de soins et de prévention des individus sont couvertes.

Bien des ambiguïtés demeurent, ne serait-ce que dans le texte constitutionnel et dans de nombreux discours réclamant « *la couverture solidaire du petit risque* », critiquant les « *déremboursements* », brandissant le « *spectre d'une médecine à deux vitesses* », proclamant qu'une lutte déterminée contre les « *gaspillages* » permettrait la prise en charge solidaire de tout ce qui est « *utile* ». Que ces ambiguïtés soient levées, qu'il soit admis par tous qu'à côté de la couverture solidaire il y a aura des couvertures supplémentaires et des dépenses utiles qui resteront familiales. Observons que les biens-portants sont aussi consommateurs de soins par la pratique du sport, par le recours à l'esthétique, à la diététique ou à la récupération nerveuse. Il est par ailleurs prouvé, et contrairement au discours public convenu sur le sujet, que les médicaments vendus sans ordonnance rendent un service médical tout à fait significatif.

1. La délimitation du champ de la Couverture Santé Solidaire

Certaines prestations ou services, aujourd'hui couverts mais de façon floue par les régimes obligatoires, ne relèvent pourtant pas de la solidarité. Ils n'ont donc aucune raison d'être pris en charge au titre de la Couverture Santé Solidaire. Citons sans que ceci soit limitatif :

- les accidents du travail qui relèvent clairement d'une assurance de l'entreprise et devraient, comme par le passé, relever d'une branche spécifique gérée par les partenaires sociaux
- les prestations en espèces (indemnités journalières) versées en cas d'arrêt de travail – qui concernent les salaires – ne relèvent pas non plus de la solidarité nationale mais d'une politique de revenu. On peut envisager – comme cela a été avancé par d'autres groupes de réflexions – que ce type d'interruption soit considéré comme un chômage temporaire et pris en charge au titre de l'assurance chômage
- certains accidents tels ceux de la circulation ou ceux consécutifs à certaines pratiques sportives relèvent d'une assurance individuelle obligatoire ou rendue obligatoire (comme, par exemple, l'assurance du conducteur)

En revanche, alors que certains préconisent de prendre en charge la dépendance par la création d'une cinquième branche, nous estimons que les soins et services médicaux qui lui sont relatifs pour maladie chronique, handicap ou grand âge, relèvent clairement de l'Assurance-Maladie Universelle, dans le cadre d'une continuité de la prise en charge « de la naissance au décès ». La partie purement sociale – sous forme d'aides à domicile par exemple – doit cependant relever de dispositifs financés et gérés au niveau local.

2. Les principes de mise en œuvre de la Couverture Santé Solidaire

- **Globalisation** : les biens et services relevant de la Couverture Santé Solidaire sont pris en charge intégralement au titre de cette dernière. En médecine ambulatoire par exemple, le tarif de responsabilité serait le tarif de prise en charge. C'est là un point capital. En effet, le ticket modérateur actuel ne modère rien du tout et engendre, à travers le co-paiement avec les assurances complémentaires, une co-irresponsabilité qui complique la mise en œuvre de procédures efficaces de gestion du risque. L'emploi des ressources disponibles pour éviter la survenue de maladies, accidents ou handicaps et analyser, prévenir, et informer n'est donc pas efficace.

Cette globalisation n'exclut pas de recourir, si nécessaire, pour la prise en charge des dépenses, à des dispositifs de type franchise annuelle par exemple.

- **Personnalisation** : comme nous l'avons signalé, la Couverture Santé Solidaire ne se réduit pas à une liste de biens et de services. Elle doit prendre en considération, pour la prise en charge d'un soin, de son contexte et de la personne qui en bénéficie.

La prise en charge d'un diabétique ne se réduit donc pas aux seules prescriptions d'un médicament ou validations d'examen donnés : la protocolisation est l'application à un patient de façon personnalisée – c'est-à-dire prenant en compte les pathologies associées et la notion de terrain – de toute une stratégie de traitement, de suivi, de prévention, de gestion des complications ultérieures et ceci en conformité avec les données scientifiques les plus récentes.

3. La hiérarchisation des priorités

Pour certains, la question des priorités est sans objet : ils estiment que le simple fait de mieux organiser la qualité des prises en charge, en limitant les actes à tout ce qui est utile – sans plus, sans excès, sans gaspillage – réduirait les dépenses au point que le régime solidaire pourrait maintenir une couverture totale.

Cette affirmation, souvent répétée, nous paraît complètement inexacte parce qu’utopique. **Nous pensons, au contraire, que la recherche de la qualité s’ajoutera au vieillissement, au progrès technique et aux exigences des patients pour rendre impossible à tout budget de solidarité une couverture maximale de l’ensemble des dépenses de santé.**

L’établissement de priorités devient donc un impératif pour ne laisser en dehors de la Couverture Santé Solidaire que les actes que la majorité des citoyens peuvent assumer de façon correcte à travers des assurances supplémentaires des dépenses familiales personnelles.

Ces priorités seraient approuvées chaque année par le Parlement de façon concomitante avec l’enveloppe financière afférente à l’Assurance-Maladie Universelle et celle correspondant à la politique de santé publique. Il s’agit d’élaborer un dispositif qui puisse s’adapter à l’évolution des pratiques, des connaissances et des exigences de qualité. En cela cette gestion doit être pragmatique et réactive pour utiliser au mieux les opportunités qui pourraient se présenter. Ceci dans un contexte de vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques et de l’accroissement de la dépendance.

À titre indicatif, le socle des priorités couvertes par la Couverture Santé Solidaire pourrait être le suivant :

- 1. les actions de prévention et de dépistage validées ainsi que les soins consécutifs à ces actions ;**
- 2. la prise en charge des pathologies lourdes par leur chronicité ou leur sévérité ;**
- 3. la prise en charge des maladies émergentes ;**
- 4. les soins qui concernent les mères et enfants ;**
- 5. les autres pathologies de l’adulte sous réserve d’une utilisation protocolaire des services et soins de santé intégrés au dossier médical électronique du patient...**

II

LE MODE DE GESTION

1. Un préalable

La garantie de la qualité des soins et des services qui doit être offerte aux assurés à travers la Couverture Santé Solidaire impose un certain nombre d'évolutions majeures, ayant notamment trait aux systèmes d'information et au dossier médical électronique³. C'est un préalable indispensable à la gestion efficiente de l'Assurance-Maladie Universelle.

1.1 Des systèmes d'information

La mise en œuvre de systèmes d'information reposant sur des architectures ouvertes et orientés vers la gestion des risques et la qualité – c'est-à-dire non limités à la seule gestion administrative et comptable, est le levier central de l'amélioration d'ensemble des performances de notre système de santé. Cette dimension est soulignée avec pertinence dans le récent rapport du professeur Marius Fieschie⁴.

La mise en œuvre de tels systèmes est éminemment stratégique dans le domaine de la santé compte-tenu de la richesse des informations générées quotidiennement pouvant être la base, à moyen terme, de procédures d'aide à la décision médicale. Il nous paraît intéressant de citer une partie de l'analyse de Raza Abidi⁵ (Malaisie) :

« Healthcare enterprises can be regarded as « data rich » as they generate massive amounts of data, such as electronic medical records, clinical trial data, hospitals records, administrative reports, benchmarking findings and so on. But, in the same breath we can say that healthcare enterprises are « knowledge poor » because the healthcare data is rarely transformed into a strategic decision-support resource. For that matter, with the emergence of technologies such as Knowledge Management and Data mining (DM) , there now exist opportunities to facilitate the migration of raw empirical data to the kind of empirical knowledge that can provide a window on the internal dynamics of healthcare enterprise. We argue that such data-derived knowledge can enable healthcare managers and policy-makers to infer « inherent », yet invaluable, operative principles/value/ know-how/ strategies pertinent towards the improvement of the operational efficacy of the said healthcare enterprise ».

1.2 Un dossier médical partagé

Le dossier médical électronique rassemble les éléments médicaux soignants et administratifs. Le volet médical comprend les éléments d'observation médicale, les antécédents, les prescriptions d'examen et de médicaments et les traitements en cours.

³ Le NHS a lancé en décembre 2003 l'un des plus grands projets informatiques connus à ce jour visant à relier 50 millions de patients, 30 000 médecins et 270 établissements de soins, engageant près de 17 milliards de dollars sur 10 ans. Exemple cité par Denise Silber (janvier 2004).

⁴ « *Les données du patient partagées propositions pour l'expérimentation* », note d'orientation au ministre de la Santé de la famille et des personnes handicapées, professeur Marius Fieschi (janvier 2003).

⁵ « *Knowledge management in healthcare towards « Knowledge driven », decision support medicare – International Journal of Medical Informatics* », SyedSibte Raza Abidi

Les informations médicales produites pour une personne par les professionnels de santé qui la prennent en charge sont, comme nous l'avons déjà signalé, de plus en plus riches et complexes. La connaissance de ces informations est le plus souvent gage de sécurité et de qualité des soins mis en œuvre. Pourtant, il est aujourd'hui rare qu'elles soient disponibles si le patient n'est pas intégralement pris en charge par une structure unique et encore !

Pour un patient, ces informations sont ainsi un véritable « *capital santé* », que les technologies modernes permettent de préserver. Avec l'accord du professionnel de santé, auteur des informations, celles-ci doivent être disponibles pour le patient ou la personne à laquelle il a donné procuration. La disponibilité de ce « *capital santé* » permet d'envisager une réduction des actes et des prises en charge redondants ou inutiles – aujourd'hui très nombreux – et facteurs de désagrément, de risques iatrogène et de surcoût.

Pour un professionnel de santé légitime et autorisé par le patient, l'accès aux informations qu'il a lui-même produites, mais aussi à celles de ses confrères l'ayant pris en charge, est d'autant plus nécessaire que le dossier est complexe, surtout en cas d'« *exercice collégial* ». Aujourd'hui les professionnels, et notamment les établissements d'hospitalisation, constatent d'importants surcoûts et pertes de temps, liés à la recherche des informations précédant un acte ou un examen donnés, souvent contournés par leur répétition inutile.

Comme le préconise le rapport Fieschi, le partage des données concernant un patient peut s'effectuer grâce à l'intervention d'un tiers hébergeur qui rend possible cette mise en place sans donner à l'un des acteurs une prééminence mal acceptée par les autres.

Signalons que le groupe Kaiser, l'un des HMO américains à but non lucratif les plus importants, a mis en place pour ses huit millions d'adhérents un système de gestion de dossiers médicaux électroniques accessible par les patients eux-mêmes et les professionnels de la santé. Comme l'analyse George Halussier, *chairman* de Kaiser, « *creating secure 24/7 access to up to date patient records will mean improved patient care whether patient visit their personal physician or any provider in our medical group across the country* ».

1.3 L'évaluation *a posteriori*

À partir de l'existence d'un dossier médical électronique sécurisé, il est possible d'envisager la trame générale d'une gamme de procédures d'évaluation *a posteriori*.

Ces procédures peuvent concerner un ensemble de dossiers patients préalablement anonymisés, choisis au hasard sur des critères donnés (portant par exemple sur un service ou un praticien donnés) ou à l'initiative de telle ou telle institution habilitée par la loi sur les « *droits des malades* ». En cas de contentieux, elles peuvent être également ciblées sur un patient bien particulier.

L'évaluation elle-même consiste à apprécier dans le dossier individuel la différence entre « *ce qui a été fait* » et « *ce qui aurait dû ou pu être fait* », en fonction de référentiels adaptés et validés. Elle peut aussi concerner la qualité de la coordination des soins sur une période fixée. L'analyse des pratiques insuffisantes ou défailtantes peuvent, par rétroaction, permettre de préciser les différents types de carences en amont du système, et tenter de les corriger, comme le préconise Jean-Pierre Bader : « *cette évaluation doit être effectuée par des pairs de milieu professionnel équivalent, formés scientifiquement à cette activité. On imagine bien que l'anomalie repérée peut aller de l'erreur grave, potentiellement dangereuse pour le patient, à l'anomalie mineure que le professionnel pourra aisément justifier* ».

Théoriquement, tous les professionnels de santé en charge de patients devraient être soumis à ce genre d'évaluation, en particulier tous les médecins libéraux, hospitaliers ou

salariés. Les dysfonctionnements relevés par les évaluateurs devraient donner lieu à toute une gamme de conséquences : remarque confraternelle, remarque suivie d'une deuxième évaluation rapprochée, obligation de stage de formation continue allant jusqu'à une suspension provisoire d'exercice pour les fautes graves et récidivantes.

Il est clair qu'émergeront, à l'initiative des professionnels de santé, des institutions à même de réaliser de véritables audits médicaux. Ces institutions, certainement très diversifiées, pourraient émaner de sociétés savantes, d'universités de santé, voire de cabinets d'audit qui élargiraient leur prestations. Elles devraient être accréditées au niveau national, mission qui pourrait être confiée à l'ANAES.

2. L'alternative

À ce stade, le groupe de travail a dû faire un choix déterminant en matière de gestion de la Couverture Santé Solidaire.

Structures référentes ou protocolisation ?

Une première possibilité – qui a sa logique et sa cohérence compte-tenu du caractère national de l'Assurance-Maladie Universelle ainsi que de son mode de financement – pourrait s'inspirer des modes de gestion des systèmes nationaux de santé et de certains HMO américains, c'est-à-dire d'imposer aux patients le recours à des structures référentes qu'ils choisiraient *a priori*. Ces structures conventionneraient avec l'Assurance-Maladie Universelle en proposant une offre de soins. Dispensés au sein de ces structures référentes, les soins seraient pris en charge totalement ou partiellement s'ils venaient à être dispensés hors de ces structures. En pratique, le passage par un médecin généraliste référent (« *gate-keeper* ») serait la règle, comme c'est le cas dans la quasi-totalité des systèmes publics européens pour bénéficier de la Couverture Santé Solidaire ; l'accès aux médecins spécialistes serait limité. Certains membres de notre groupe de travail penchaient pour cette option.

Cependant, il n'est pas sûr que le corps social français soit réceptif à ce type de procédure, d'autant que l'expérience dite du médecin référent, conduite à la fin des années 1990 par la CNAM, n'a pas rencontré un succès éclatant : elle n'a concerné que 9,4 % des médecins généralistes et que 1 % des bénéficiaires de l'assurance-maladie. Observons également que le concept même de « *gate-keeper* », mis en œuvre par les HMO américains, est contesté. Une analyse récente, publiée par *The British Medical Journal*, révèle que de nombreux américains désertent les HMO au profit des PPO (« *Preferred Provider Organisation* ») ou des plans « *point of service* ». Dans le premier, il n'y a pas de « *gate-keeper* » mais des incitations financières à consulter d'abord des praticiens sous contrat ; dans le second, il y a un « *gate-keeper* », mais l'accès direct au spécialiste de son choix reste possible et payant.

Comme l'analyse Joseph Riwal dans « *Filières et réseaux* » de mai-juin 2003, « *la condamnation du gate-keeper se fait simultanément sous les coups des patients et des progrès organisationnels : ceux-ci prennent la forme de deux innovations, le Disease Management d'une part, qui prend spécifiquement les patients atteints d'une infection chronique, et une nouvelle sous-spécialité médicale, celle d'« interniste référent hospitalier » (en anglais « hospitalist»), praticien (aujourd'hui au nombre de 5 000) et dont le travail est d'accompagner le séjour hospitalier d'un patient, dont il est responsable le temps de son hospitalisation – une sorte de gate-keeper exclusif, à temps-plein et sur site, au moment où le malade coûte le plus cher. La formule s'avère beaucoup plus rentable que celle du gate-keeper ambulatoire dont on voit bien qu'il est d'abord là pour réguler l'accès aux listes d'attente des spécialistes* ».

L'autre branche de l'alternative, celle que nous avons retenue, prend en compte les possibilités actuelles et potentielles des systèmes d'information ainsi que le développement des protocoles de soins.

Le principe général que nous préconisons est simple : **la Couverture santé Solidaire s'explique par des services et les soins de santé protocolisés et retracés au sein du dossier médical électronique du patient.**

3. Le choix de la protocolisation

Un protocole de soins décrit le plus précisément possible l'ensemble des soins nécessaires à la prise en charge d'une pathologie ou d'une situation médicale. Ces soins validés par des experts sont conformes aux données actuelles de la science et (re)évalués régulièrement⁶.

La collectivité continue aujourd'hui de prendre en charge à des tarifs différents des produits dont le service rendu à la population est identique, parfois nul, en oubliant que par exemple, en dehors de ses indications thérapeutiques, un médicament n'est plus un médicament : c'est un simple produit chimique... ; il ne doit donc plus relever de la Couverture Santé Solidaire (le bicarbonate de soude est un médicament s'il est prescrit pour le traitement d'une épigastralgie et il ne l'est pas s'il est utilisé pour attendrir les conserves de haricots verts ou améliorer la blancheur de la dentition des starlettes).

La première étape consiste à mettre sur une liste positive de prise en charge solidaire, donc de remboursement complet (les remboursements partiels étant source de confusion) un médicament, un dispositif, un examen d'imagerie ou de biologie, un acte chirurgical... Cette étape est indispensable car elle **précise ce qui est potentiellement utile.**

Cependant elle est insuffisante en ce sens qu'elle **dissocie le produit ou l'activité de tout le contexte qui le valorise, le dévalorise ou l'entoure.**

À quoi sert en effet un médicament utile donné dans une mauvaise indication ? Ou un examen d'imagerie mal lu et mal interprété ? Ou encore une intervention chirurgicale effectuée dans de mauvaises conditions ?

Il convient donc que tous les éléments des listes positives soient intégrés dans des stratégies justifiant leur efficacité : c'est le niveau des référentiels ou protocoles concernant les différentes situations pathologiques.

Il convient ainsi de lier la prise en charge à l'observation de protocoles thérapeutiques librement discutés avec les professionnels de santé et les sociétés savantes. Un même acte pourrait ainsi être, ou non, pris en charge au titre de la Couverture Santé Solidaire, selon qu'il relève, ou non, du protocole. Ceci avec, bien entendu, toutes les souplesses et dérogations intelligentes nécessaires.

La description du protocole de soins prend en compte les compétences du producteur de soins, les caractéristiques de la technique utilisée et la situation médicale du patient. Car aujourd'hui le lien entre le malade, la pathologie dont il souffre et les soins qui lui sont prodigués n'est pas toujours établi. Notons également que la qualité de l'interaction médecin-patient est parfois aussi importante que le protocole thérapeutique en lui-même.

⁶ Vincent Ravoux, « *Le panier de biens et de services de santé* » aux éditions de santé, 2003.

L'utilisation de la notion de protocole en matière de régulation repose :

- *sur un double consensus* : d'une part, les soins dispensés aux malades doivent être conformes à l'état de l'art ; d'autre part, la solidarité ne peut solvabiliser que ce qui est de qualité et conforme à la science
- *sur une incitation forte* : le seul critère légitime pour modifier les comportements des acteurs du système de santé est le critère de qualité, seul outil de régulation du système de santé acceptable par le corps social
- *sur une contrainte de pragmatisme* : l'utilisation de la notion de protocole est une clé d'entrée dans le système de soins, permettant d'aborder progressivement et rationnellement l'ensemble de ses aspects

Le protocole de soins synthétise l'état de l'art, crée le consensus, permet le respect du critère de qualité et incite à la modification des comportements. C'est donc un levier indispensable pour l'évolution du système.

Le contenu d'un protocole

- Dans le cas général le protocole indique d'abord le schéma de soins nécessaires à la prise en charge d'un état pathologique (*exemple* : conférence Saint Vincent pour la prise en charge du diabète)
- Il précise ensuite les modalités d'utilisation du système, notamment en matière de coordination et de parcours de soins (contrat de santé publique en matière de soins palliatifs), en matière de certification des opérateurs et des processus (dépistage du cancer du sein) et enfin en matière de responsabilité du patient (observance, examen de dépistage, comportement à risque...). Il peut utiliser la notion de structure pivot ou référente

Selon les cas, l'importance respective de ces deux aspects du protocole peut varier. Pour les pathologies graves (celles permettant aujourd'hui d'obtenir une exonération du ticket modérateur), **la description du schéma de soins sera prééminente car l'expérience le montre, un malade atteint d'une pathologie grave accepte des contraintes s'il en espère un bénéfice en terme de qualité, alors que l'assuré peu concerné ne verra pas l'intérêt de limiter sa liberté. Aussi, la prise en charge d'épisodes ponctuels de soins mettra-t-elle davantage l'accent sur l'utilisation rationnelle du système. Un épisode pourrait par exemple relever de la Couverture santé solidaire s'il est retracé au sein du dossier médical à l'initiative du patient et pas pris en charge dans le cas contraire.**

Observons également que les contrats de bonnes pratiques professionnelles, prévus par l'article L 162-18 du code de Sécurité sociale depuis le début 2003 concernant tous les professionnels de santé, constituent également un pas vers la protocolisation.

Rappelons que selon la CNAM 5% des assurés représentent 51 % des dépenses : il s'agit essentiellement d'assurés très malades et très âgés. Au-delà de 75 ans, un assuré sur deux est pris en charge à 100 % par le régime solidaire pour une ALD et la population de cette tranche d'âge double tous les vingt ans !

Les caractéristiques d'un protocole

Il explicite le plus précisément possible la procédure sous forme écrite :

- son respect fait l'objet d'un suivi, ce qui exige l'utilisation de systèmes d'information adaptés
- il évolue en fonction des avancées scientifiques et des observations de la pratique
- il autorise une marge de liberté en fonction des « *zones d'ombres* » dans le traitement d'une pathologie, le développement d'une nouvelle technique et surtout en fonction de la situation propre du malade

Observons que ceci n'a rien de totalement original. Le Protocole Inter-Régime d'Examen Spécial (PIRES) constitue un précédent intéressant. En effet, pour déterminer les droits qu'ouvre à l'assuré son état de santé l'article L 324 – 1 du code de la Sécurité sociale prévoit un « *examen spécial* ». Cet examen est formalisé par un document appelé « *Protocole Inter-Régime d'Examen spécial* ». Le médecin indique la nature des affectations pour lesquelles est présentée la demande d'exonération du ticket modérateur, avec les critères diagnostiques étayant leur appartenance à une affectation exonérante. Le médecin traitant y précise le programme thérapeutique envisagé, une rémunération lui est versée pour le dédommager du « *surcroît* » de travail.

III

LE « CONTINUUM SANTÉ »

La santé est un tout, allant de la prévention au traitement, en passant par le diagnostic. Le « *continuum santé* » commence dès avant la naissance et se poursuit jusqu'aux derniers instants de la vie avec parfois une période plus ou moins longue, qualifiée de « *dépendance* », exigeant des soins et services médicaux spécifiques.

1. Définition

Ce *continuum* revêt plusieurs volets :

- *la dépendance* : comme nous l'avons vu, les soins et services médicaux relatifs à la dépendance pour maladie chronique, handicap ou grand âge, relèvent clairement pour nous de l'Assurance-Maladie Universelle. En revanche, la partie purement sociale, telle les aides au domicile du malade, relève de dispositifs financés et gérés au niveau local.
- *le décloisonnement ville-hôpital* : nous estimons que la rupture du « *continuum santé* » au niveau ville-hôpital est une source considérable de gaspillage financier mais aussi un symptôme de non-qualité. Le mode de financement des hôpitaux que préconise l'Institut Montaigne sur la base de tarification à l'activité et la fongibilité des enveloppes (hospitalière et ambulatoire) – s'il est mis en œuvre rapidement – permet aux acheteurs de soins de susciter de véritables **réseaux de soins coordonnés ville-hôpital**, sans avoir à recourir à des modes de financement spécifiques, comme c'est le cas aujourd'hui, source de bureaucratie et de marginalisation de fait de ces réseaux. Ce décloisonnement devrait donner une véritable impulsion et un surcroît de professionnalisation à l'hospitalisation à domicile et fournir aux patients, notamment aux souffrants d'une pathologie chronique, une très large gamme de services améliorant leur qualité de vie et celle de leur entourage (*exemple* : le réseau de santé « *Respicard* » orienté vers le handicap respiratoire améliore considérablement la qualité de vie de patients atteints de mucoviscidose).

2. L'articulation Assurance-Maladie Universelle / assurance supplémentaire

La Couverture Santé Solidaire et sa protocolisation ont des incidences importantes sur le mode de gestion de l'Assurance-Maladie Universelle, comme sur les institutions d'assurance supplémentaire.

2.1 Les institutions gérant l'Assurance-Maladie Universelle

L'option de privilégier l'utilisation des protocoles médicaux pour réguler Couverture Santé Solidaire oblige à repenser les méthodes de gestion actuelles des organismes d'assurances obligatoires.

En particulier, pour assurer un réel suivi des protocoles, le système d'information doit être repensé (pensé ?) et véritablement construit pour mettre en œuvre un véritable traitement

médicalisé des demandes de remboursement, en lieu et place d'une liquidation administrative aveugle.

Le système doit notamment être capable de signaler les non-respects de protocole par défaut de soins (*exemple* : l'examen ophtamologique du diabétique) ou par abus (*exemple* : traitement anti-rétroviral destiné à traiter le SIDA à un malade qui n'en est pas atteint, le cas est caricatural mais véridique).

Le traitement médicalisé des prises en charge permettra à la fois de garantir une prise en charge médicale conforme aux données de la science, mais aussi de limiter les excès de consommation, abus ou fraudes.

2.2 Les institutions d'assurance supplémentaires

Les soins et service non intégrés à la Couverture Santé Solidaire relèvent de la responsabilité et de l'initiative personnelle. Ils peuvent être couverts sur une base volontaire totalement ou partiellement par une assurance supplémentaire, soit à titre individuel, soit à titre collectif (contrat groupe).

Pour favoriser l'accès à ce type d'assurance, une aide familiale à l'assurance supplémentaire en fonction des revenus (avec lissage pour éviter des effets de seuil) devrait être envisagée.

Il appartient aux assureurs supplémentaires de définir la nature des biens et services de santé qu'ils prennent en charge, de conclure s'ils le souhaitent, des contrats avec les professionnels de santé pour préciser les protocoles éventuels retenus et définir les modalités techniques et financières de cette prise en charge ainsi que les procédures d'évaluation.

Cependant un nouveau concept va s'imposer, celui d'une protection globale de la santé recouvrant au-delà de l'assurance, de nouveaux modes de services et d'organisation de soins. Cette nouvelle demande concernera une gamme variée de services : information, orientation, prévention, second avis médical, assistance à domicile... La banalisation des réseaux généraux ou par pathologies améliorera la coordination et la continuité des soins.

2.3 Les délégations de gestion du risque

Dans ce contexte, à elles seules, ni l'Assurance-Maladie Universelle, ni l'assurance supplémentaire, ne pourront répondre à cette demande. C'est pour cette raison, et sans *a priori* idéologique, qu'il faut sereinement envisager, en tenant compte des situations locales, des mécanismes de délégation de gestion du risque de l'Assurance-Maladie Universelle vers l'assurance supplémentaire, et de l'assurance supplémentaire vers l'Assurance-Maladie Universelle – voire des deux conjointement – vers de nouveaux acteurs, institutions médicales et de service, à même de répondre à ces nouvelles demandes. Cette vision, et les actions qui en découlent, sont plus réalistes et plus opératoires que ce que les débats actuels suggèrent sur le sujet (co-paiement, co-régulation, co-responsabilité).

C O N C L U S I O N

Responsabiliser les assurés

Comme nous l'avons signalé, il serait tentant dans un tel système solidaire de limiter la liberté de choix des patients – comme c'est le cas dans tous les pays européens pour les systèmes d'assurances publiques – en leur imposant un médecin généraliste référent et en leur interdisant l'accès direct aux médecins spécialistes.

Nous préférons maintenir – ce qui fait la spécificité de notre système et explique pourquoi nous y sommes très attachés – le patient libre de consulter le médecin de son choix dans le cadre de services et soins protocolisés pris en charge intégralement au titre de la Couverture Santé Solidaire.

En revanche et dans l'intérêt du patient, afin de garantir un haut degré de coordination des soins, de réduire la fréquence des erreurs médicales par la mise en place de procédures d'évaluation, les protocoles de soins doivent systématiser la tenue du dossier médical électronique et retracer l'ensemble des épisodes de soins. Ce dossier, propriété du patient, sera conservé au choix de ce dernier, soit par son médecin personnel, soit au sein d'un hébergeur de données.

Le financement de l'Assurance-Maladie Universelle reposant sur des bases claires (CSG Santé), les responsables de la caisse maladie universelle peuvent mettre en place des mécanismes financiers incitatifs très diversifiés pour responsabiliser les patients et réguler si nécessaire les dépenses. On peut envisager – nous l'avons déjà signalé – des mécanismes de franchises annuelles au niveau de la famille avec des possibilités de dispense de ces franchises si les protocoles de prévention sont par exemple respectés.

Responsabiliser les professions de santé

Les caisses d'Assurance-Maladie Universelle négocient au niveau régional des conventions avec les différentes professions de santé et les différents prestataires de services. Ces conventions portent sur la nature des protocoles retenus au niveau régional et leur financement. Elles comportent plusieurs volets relatifs aux différentes classes de protocolisation (santé publique, dépendance, soins...).

Rappelons que les protocoles définis au niveau national s'imposent sur l'ensemble du territoire mais on peut parfaitement admettre que telle ou telle action de santé publique ou de prévention soit ciblée au niveau régional. De même, les prises en charge financières peuvent être par exemple modulées en fonction de la démographie de telle ou telle profession de santé sur un territoire donné. Observons que le droit du malade n'est pas défini par l'Assurance-Maladie Universelle mais par le praticien, lequel doit être conscient de sa responsabilité et se référer à des protocoles. Il doit, à ce titre, admettre de procédures d'évaluation *a posteriori* garantissant au patient la qualité des soins dispensés.

Nous rappelons que les soins et services relevant de la Couverture Santé Solidaire sont sans reste à charge pour le patient, c'est-à-dire que les honoraires du professionnel de santé

conventionné au titre de l'Assurance-Maladie Universelle correspondent au tarif de responsabilité fixé par la convention.

Dans ce contexte, la distinction actuelle entre secteur 1 et 2 n'a plus de raison d'être. Les conventions fixent également les procédures et modalités d'évaluation de la pertinence des soins conduits par des instances médicales indépendantes de l'assurance universelle.

Observons qu'avec ce dispositif, l'ensemble des professions de santé bénéficie d'un espace de totale liberté tarifaire ; c'est l'espace qui correspond aux soins et services qui ne relèvent pas de la Couverture Santé Solidaire et qui pourront être pris en charge soit totalement, soit partiellement par les institutions d'assurance supplémentaires.

A N N E X E S

INNOVATIONS IN PRIMARY CARE IN THE UNITED STATES

Thomas Bodenheimer, *clinical professor*

Department of Family and Community Medicine, University of California at San Francisco, San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, San Francisco, CA 94110, USA

tbodie@earthlink.net

It has been said that primary care in the United States faces the worst of times and the best of times.¹ Why the worst of times? Primary care was catapulted into prominence by the advent of health maintenance organisations; many of such organisations' 80 million patients were required to gain permission from their primary care physician to access laboratory, radiology, and specialty services. Because the number of people enrolled in health maintenance organisations is declining, more patients are free to move around the healthcare system. The United States may revert to its previous dispersed system of care, in which patients enter the specialty-dominated system through a variety of doors rather than through a single primary care entrance.

When health maintenance organisations moved primary care to a central position in health care, they expected primary care physicians to do far more for their patients than before,² yet they paid little more, if at all, for these additional tasks. Primary care physicians were looking more and more like the "*hamsters on a treadmill*" described in an article in the *BMJ*.³ In California, the proportion of primary care physicians very satisfied with their work dropped from 48% in 1991 to 36% in 1996.⁴ In the past few years, medical students have become less interested in making a career in primary care because of the long hours, high stress, and relatively low reimbursement of generalist physicians⁵.

1. Summary points

Primary care in the United States is facing difficult times: doctors are overworked and dissatisfied with it, and medical students are not very interested in it. Primary care is unable to deliver everything expected of it and offers neither timely access to acute care nor state of the art chronic care. A redesign of the primary care sector that addresses these problems is gaining acceptance in the United States.

The redesign envisages the development of clinical teams, open access scheduling, implementation of a new model of management of chronic care, training patients to manage chronic conditions themselves, and group medical visits.

The problems go beyond primary care's insecure role in the US health system: primary care is not serving patients satisfactorily. Fewer than half of patients with hypertension, diabetes, atrial fibrillation, and hyperlipidaemia diagnoses chiefly handled at the primary care level are well managed.⁶⁻⁹ Many patients also have difficulty obtaining an appointment with their primary care practice. From 1997 to 2001, the proportion of people reporting inability to obtain a timely appointment rose from 23% to 33%.¹⁰

Clearly, primary care clinicians are unable to handle everything piled on to their plates. Thus, the worst of times. Why, then, the best of times? One proposition explaining the work of great artists holds that suffering breeds creativity. Beethoven and Van Gogh are cited as examples. Although the situation of US primary care physicians cannot be called "*suffering*", the proposition could be reformulated as follows: as primary care physicians have seen their problems mount and satisfaction fall, they have begun to create innovations in primary care practice (innovations that are sometimes more advanced in the United Kingdom). Examples of these innovations are: functioning primary care teams, open access scheduling, the chronic care model, collaborative physician-patient interaction, group medical visits, and the paperless electronic office. The potential for these innovations to improve primary care practice creates the "*best of times*".

Behind each specific innovation lies a global vision of primary care practice in the 21st century. Donald Berwick of the Institute for Healthcare Improvement, one architect of the new vision, explains: "*We are carrying the 19th century clinical office into the 21st century world. It's time to retire it.*"¹⁶ What is the vision of primary care practice in the 21st century?

2. Primary care teams

Physicians working alone cannot solve the problems of untimely access and inadequate management of chronic care, but with a team approach, everything changes. A patient care team is a group of diverse clinicians who participate in the care of a defined group of patients and communicate with each other regularly. Team care often means the doctor delegates routine tasks to other team members.¹¹

In a few US primary care practices such teams are functioning well. In some cases, each team might have one primary care physician, two non-physician clinicians (nurse practitioners or physician assistants), three nursing staff (nurses or medical assistants), and a receptionist. The team is responsible for a panel of 5000 patients. In larger sites, a health educator, physical therapist, and pharmacist would work with several teams. The physician might see only 10 (rather than 25-30) patients each day, focusing on those with complex problems and spending 30 minutes rather than the typical 18 minutes per patient. Patients attending with routine acute problems are handled by the non-physician clinicians, and nursing, health education, or mid-level caregivers are responsible for planned follow up of those with chronic conditions. The physician would spend considerable time consulting with and training other team members.

3. Advanced access

A new model of appointment scheduling, called advanced access or same day scheduling, is being used at a number of primary care practices in both the United States and the United Kingdom. In its most simple form, it means that if a doctor can see 25 patients a day but it takes patients three weeks to get an appointment, could the doctor not care for 25 patients a day but see them the same day they call? On average, the number of visits would not change, but access would go up and patients' frustration go down. When doctors practising under this new model start work each morning, about half of their appointment slots are open. Patients calling in are offered an appointment the same day.¹² As both urgent and routine problems are seen the same day, there is no need for nursing triage, freeing up nursing staff for other tasks and reducing the need to interrupt the physician.

4. The chronic care model

Management of chronic illness can be improved through a set of innovations known as the chronic care model, which incorporates several essential components of primary care practice.¹³ Self management support includes training patients in problem solving and goal setting. Decision support consists of making evidence based knowledge available to all physicians through clinical practice guidelines and physician education. Delivery system redesign refers to the understanding that the structure of medical practice must be altered; it includes creating practice teams with a clear division of labour, separating the management of chronic conditions from acute care by using planned visits, and case management of patients at high risk. Clinical information systems involve reminders to primary care teams to comply with practice guidelines; feedback to physicians, showing how each is performing in managing chronic illnesses; and registers for planning individual patient care and conducting population based care.

A new area of research evidence based management examines which components of the chronic care model actually improve clinical process and patient outcomes. Studies suggest that planned visits to patients with chronic conditions and case management of high risk patients (two components of redesign of delivery systems) and reminder systems for clinicians (a component of clinical information systems) improve doctors' performance and, at times, patients' outcomes.^{14 15}

Clinical outcomes probably improve more when several components of the chronic care model are used together.¹⁶ A number of primary care practices, led by healthcare organisations such as Kaiser-Permanente and Group Health Cooperative of Puget Sound, and community health centres for patients with low incomes are implementing components of the chronic care model.

5. Collaborative care

The 21st century primary care practice envisages a patient-physician partnership with collaborative goal setting. A recent study found that in about three quarters of primary care visits physicians issue instructions to patients, such as "*change your diet, take more exercise, and take your pills.*"¹⁷ This model often fails to encourage healthy behaviours and leads physicians to blame patients for being "*non-compliant*" with doctors' orders.¹⁸

Under the collaborative model, both patients and physicians define the problems that require solution, though their definitions may coincide or diverge. For example, a physician may define the problem of a diabetic patient as a raised glycated haemoglobin concentration, while the patient defines her problem as extreme anxiety caring for her husband with Alzheimer's dementia. Failure to tackle the problem that the patient sees will frustrate the physician's efforts to solve the problem of poor glycaemic control.¹⁹ One tool of collaborative care is the setting of goals through action plans agreed between physician and patient a typical action plan might be to walk for 15 minutes three times a week. In the example of the diabetic patient caring for a demented spouse, the action plan might involve ways of relieving the patient from her caregiving responsibilities rather than simply trying to improve glycaemic control. Action plans should be realistic, giving the patient a strong chance of success. Some research has found that collaborative care with action plans can improve outcomes in asthma, diabetes, arthritis, and other chronic conditions.¹⁹

6. Group medical visits

Several US experiments in which patients see their physicians in groups rather than singly are under way. This innovation, which has spread to numerous US primary care sites, began near Denver, Colorado, when John Scott, a Kaiser-Permanente primary care physician, gave his elderly patients the option of seeing him in groups. The groups are not simply patient education sessions; they include direct patient care. In John Scott's cooperative healthcare clinic model, 15-20 elderly patients with a variety of acute and chronic medical problems come together monthly to see their doctor, who goes around the room performing those elements of the history and physical examinations that do not require privacy and carrying out diagnostic and treatment plans for each patient. Other patients in the room listen to the interactions and may contribute ideas based on their own experience. In a randomised controlled trial, the group patients made fewer visits to emergency departments and to specialists, cost less, stayed healthier, and were more satisfied with their care.²⁰

A second kind of group comprises patients with the same diagnosis. A trial of such single diagnosis groups, conducted for patients with diabetes, found that glycated haemoglobin values of patients in groups fell by 1.3% compared with 0.2% in control subjects. Group members used outpatient and inpatient facilities less and felt more satisfied with their care.¹⁴

A third category of group medical visit is the "*drop-in group medical appointment*" (DIGMA) for patients with simple acute rather than chronic conditions. The purpose is to improve timely access to care, since in this way a doctor can see 15-20 patients in 90 minutes. By adding capacity to primary care practices, these group sessions can become an adjunct to open access scheduling. These sessions are not appropriate for patients with more complex and time-consuming problems.

7. Information technology

The ideal 21st century primary care practice would be virtually paperless a goal to which the United Kingdom is currently nearer than is the United States. While such a digital world has great appeal, only a tiny fraction of US primary care sites have an electronic medical record, and relatively few use email and the internet to interact with patients. Studies of the electronic medical record show that it may improve quality of care but it makes extra demands on physicians' time.^{21 22} A controlled trial involving electronic registers and reminders for the care of 13 000 diabetic patients found that most physicians did not use the computerised systems available to them because they took too much time.²³

8. Importance of teams in primary care

None of the innovations being introduced into the United States works well without the formation of primary care teams. The chronic care model relies on medical assistants checking reminder systems and making sure that patients receive the chronic and preventive services they need. When physicians no longer have to carry out these routine chronic care tasks, they have more open appointment slots, allowing advanced access scheduling to function smoothly. Nurses or health educators, rather than physicians, can work with patients on healthy behaviour change, using action plans. Group medical visits are best with teams of physicians and nurses. When patients are able to communicate by email or the internet, staff other than doctors can handle many simple requests, thereby sparing physicians' time. Without teams, most of these innovations would be unsustainable because they add to the huge workload of primary care physicians. With teams, physicians can spend

more time training and supervising team members and less time seeing patients with uncomplicated problems singly. The creation of teams is the key element in primary care redesign that allows other innovations to succeed.

Conclusion

Primary care physicians in the United States who are stressed and dissatisfied may glance at a list of supposedly helpful innovations and exclaim: "*Making those changes will just add to my work.*" Without managerial support, they are right. For that reason, innovation is commoner in large health systems with administrative leadership. To help physicians jump off the treadmill, innovations must improve quality of care or access to it while reducing doctors' workloads and not endangering the financial viability of primary care.

Footnotes

This is the last in a series of four articles edited by Andrew Bindman and Azeem Majeed
Funding: Robert Wood Johnson Foundation. Competing interests: None declared.

References

1. Grumbach K. Primary care in the United States the best of times, the worst of times. *N Engl J Med* 1999; 341: 2008-2010.
2. St Peter RF, Reed MC, Kemper P, Blumenthal D. Changes in the scope of care provided by primary care physicians. *N Engl J Med* 1999; 341: 1980-1985.
3. Morrison I, Smith R. Hamster health care. Time to stop running faster and redesign health care. *BMJ* 2000; 321: 1541-1542.
4. Burdi MD, Baker LC. Physicians' perceptions of autonomy and satisfaction in California. *Health Aff* 1999; 18: 134-135.
5. Grumbach K, Bodenheimer T. A primary care home for Americans. Putting the house in order. *JAMA* 2002; 288: 889-893.
6. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 6th Report. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446.
7. Clark CM, Fradkin JE, Hiss RG, Lorenz RA, Vinicor F, Warren-Boulton E. Promoting early diagnosis and treatment of type 2 diabetes. *JAMA* 2000; 284: 363-365.
8. Samsa GP, Matchar DB, Goldstein LB, Bonito AJ, Lux LJ, Witter DM, et al. Quality of anticoagulation management among patients with atrial fibrillation. *Arch Intern Med* 2000; 160: 967-973.
9. McBride P, Schrott HG, Plane MB, Underbakke G, Brown RL. Primary care practice adherence to national cholesterol education program guidelines for patients with coronary heart disease. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1238-1244.
10. Strunk BC, Cunningham PJ. *Treading water: Americans' access to needed medical care, 1997-2001*. Washington, DC: Center for Studying Health System Change, 2002.
11. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000; 320: 569-572.
12. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* 2003; 289: 1035-1040.
13. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. *JAMA* 2002; 288: 1775-1779, 1909-14.
14. Sadur CN, Moline N, Costa M, Michalik D, Mendlowitz D, Roller S, et al. Diabetes management in a health maintenance organization. Efficacy of care management using cluster visits. *Diabetes Care* 1999; 22: 2011-2017.

15. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes B. Changing physician performance. *JAMA* 1995; 274: 700-705.
16. Sperl-Hillen J, O'Connor PJ, Carlson RR, Lawson TB, Halstenson C, Crowson T. Improving diabetes care in a large health care system: an enhanced primary care approach. *Jt Comm J Qual Improv* 2000; 26: 615-622.
17. Gotler RS, Flocke SA, Goodwin MA, Zyzanski SJ, Murray TH, Stange KC. Facilitating participatory decision-making: what happens in real world community practice? *Med Care* 2000; 38: 1200-1209.
18. Anderson RM, Funnell MM. Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educ* 2000; 26: 597-604.
19. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288: 2469-2475.
20. Beck A, Scott J, Williams P, Robertson B, Jackson D, Gade G, et al. A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 543-549.
21. Hunt D, Haynes B, Hanna S, Smith K. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA* 1998; 280: 339-346.
22. Mitchell E, Sullivan F. A descriptive feast but an evaluative famine: systematic review of published articles on primary care computing during 1980-97. *BMJ* 2001; 322: 279-282.
23. Baker AM, Lafata JE, Ward RE, Whitehouse F, Divine G. A web-based diabetes care management support system. *Jt Comm J Qual Improv* 2001; 27: 179-190.

(Accepted 11 February 2003)

PHYSICIANS' VIEW ON QUALITY OF CARE: A FIVE-COUNTRY COMPARISON

Bob Blendon, Karen Donelan, Catherine DesRoches, and Kimberly Scoles are with the Harvard School of Public Health. **Cathy Schoen, Robin Osborn, and Karen Davis** are with the Commonwealth Fund. **Katherine Binns and Kinga Zapert** are with Harris Interactive.

Abstract and Introduction

Abstract

Interest is resurging in the problems relating to the quality of patient care. This paper provides a comparative perspective on this issue from a five-country physician survey conducted in Australia, Canada, New Zealand, the United Kingdom, and the United States in 2000. Physicians in all five countries reported a recent decline in quality of care and concerns with how hospitals address medical errors. Physicians in four countries expressed serious concerns about shortages of medical specialists and inadequate facilities.

U.S. physicians reported problems caused by patients inability to pay for prescription drugs and medical care. Asked about efforts to improve quality of care in the future, physicians indicated support for electronic medical records, electronic prescribing, and initiatives to reduce medical errors.

Introduction

Physicians have a different level of experience than the general public does with their health care systems and how recent policy changes affect their ability to provide high-quality patient care. In this paper we present the results of the third Commonwealth Fund International Health Policy survey, developed by the Harvard School of Public Health, the Commonwealth Fund, and Harris Interactive. It reports the assessments of physicians in five countries of their nation's overall health care system performance and provides an in-depth look at the daily realities physicians face when caring for their patients.

Extract from *Health Affairs* 20(3):233-243, 2001. Project Hope.
The People-to-People Health Foundation, Inc.