

Prise de position de la FMH : la nouvelle méthode statistique de sélection EAE des assureurs-maladie, en bref

Après la procédure statistique de sélection, seule une analyse individuelle qui examine en détail les coûts comparativement élevés d'un cabinet « hors norme » permet de résoudre la question de savoir si un médecin ne répond pas aux critères d'économicité !

1. Situation initiale

Conformément à l'art. 56 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assureurs-maladie sont tenus de contrôler si la prise en charge des patients par les fournisseurs de prestations médicales répond aux exigences d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE selon l'art. 32 de la LAMal). La première étape du contrôle du caractère économique des prestations consiste en une procédure statistique de sélection (screening). L'objectif est d'utiliser des méthodes statistiques pour identifier les fournisseurs de prestations dont les coûts sont plus élevés que ceux du groupe de référence (pour un aperçu de l'ensemble de la procédure d'économicité, voir A. Häfeli & R. Schwarz, 2019. [Bulletin des médecins suisses du 31.07.2018, Plaidoyer pour la bonne mise en œuvre des conventions TARMED !]).

Depuis 2004, c'est la méthode dite ANOVA (analysis of variance) qui est utilisée. Une analyse de cette méthode de screening réalisée par Polynomics AG confirme les **critiques du corps médical** : cette méthode conduit à une forte proportion de fournisseurs de prestations faussement positifs, c.-à-d. de médecins « hors norme » dont les coûts plus élevés sont pourtant médicalement justifiables. C'est pourquoi la FMH, santésuisse et curafutura ont demandé à Polynomics AG de développer une meilleure méthode statistique de sélection pour identifier les fournisseurs de prestations « hors norme ».

Il est important de noter ici que seule la méthode statistique de sélection elle-même a été révisée, et non les processus administratifs de contrôle du caractère économique effectués ensuite par santésuisse. C'est-à-dire que **l'analyse individuelle** des prestations fournies par les fournisseurs « hors norme » se fait, comme jusqu'à présent, à l'issue de la procédure statistique de sélection. Il est également important de noter que le socle de données sur lequel reposent les procédures d'économicité n'a pas fait l'objet de l'étude de Polynomics ; autrement dit, les enseignements tirés des travaux des Commissions paritaires de confiance (CPC) cantonales, selon lesquels les différentes formes de cabinets mais aussi la fragmentation et la spécialisation accrue des soins ont une influence négative sur la pertinence statistique des méthodes utilisées, doivent faire l'objet d'une analyse scientifique séparée.

2. Remarques fondamentales sur la procédure statistique de sélection dans le cadre du contrôle de l'économicité

La **méthode statistique de sélection ne prouve pas de manière concluante** qu'un médecin ne répond pas aux critères d'économicité et ne permet pas non plus de tenir compte de toutes les particularités des cabinets. Par conséquent, la méthode de sélection ne peut constituer qu'une partie du contrôle de l'économicité selon l'art. 56 al. 6 LAMal et non remplacer une évaluation individuelle détaillée. Comme pour un bilan de santé préventif, la procédure statistique de sélection ne permet d'identifier que les personnes pour lesquelles les données examinées présentent des valeurs « anormales ». Lors d'un dépistage médical, si des valeurs anormales sont détectées, la présence de la maladie doit être confirmée par des examens diagnostiques ultérieurs. De même, un résultat de sélection positif (« le cabinet est hors norme ») ne prouve pas encore que le médecin fournit ses prestations de manière non économique. Ce n'est que dans le cadre d'une analyse individuelle ultérieure que l'on peut demander des explications sur les coûts comparativement élevés d'un cabinet « hors norme ».

3. Paramètres fondamentaux de la nouvelle méthode statistique de sélection

La nouvelle méthode statistique de sélection prend en compte des variables supplémentaires sur la morbidité du collectif de patients d'un cabinet médical. L'objectif est d'améliorer la précision de la sélection. Dans une étude réalisée par Polynomics AG, il a été démontré que, de cette façon, les fournisseurs de prestations dont les coûts sont supérieurs à la moyenne ne sont pas automatiquement classés comme « hors norme » (contrairement à la méthode précédente), mais ils le sont seulement si les coûts en question ne peuvent pas s'expliquer par la morbidité des patients du cabinet. L'extension de la série de variables dans le calcul de « l'anomalie » représente un progrès important. Mais même avec l'amélioration de la base de données, il n'est pas possible de déterminer exactement les coûts spécifiques d'un cabinet. Pour les cabinets « hors norme », il sera donc également nécessaire à l'avenir d'examiner l'éventail des prestations fournies et les particularités du cabinet déterminantes pour les coûts.

3.1. Base de données de la méthode statistique de sélection : qu'est-ce qui est nouveau ?

Comme précédemment, les variables par cabinet sont agrégées par groupe d'âge et de sexe des patients (en groupes de 5 ans). Les variables de morbidité utilisées dans la nouvelle méthode statistique de sélection sont actuellement :

- franchises à option
- hospitalisation au cours de l'année précédente
- groupes de coûts pharmaceutiques (PCG)

L'utilisation des PCG permet d'identifier les patients générant des coûts élevés en raison de leurs besoins en médicaments. Les PCG utilisés sont les suivants : *Asthme, COPD/asthme grave, fibrose kystique/enzymes pancréatiques, taux de cholestérol élevé, maladie de Crohn et colite ulcéreuse,*

dépression, diabète de type I, diabète de type II, épilepsie, glaucome, maladies cardiaques, VIH/sida, tumeurs hormonosensibles, cancer, maladies rénales, maladies cérébrales et de la moelle épinière, douleurs neuropathiques, maladie de Parkinson, psychose, maladie d'Alzheimer ou dépendance, rhumatisme, thyroidopathies, transplantations, hypertension artérielle, TDAH (suivant le groupe de spécialistes, les PCG ne sont pas tous utilisés).

Un PCG spécifique n'est envisagé pour un groupe de spécialistes que si plus de 30 médecins du groupe en question ont prescrit une quantité minimale ou supérieure de médicaments du PCG correspondant. La quantité minimale a été définie comme étant au moins 180 doses quotidiennes (Defined Daily Dosis, DDD) pour 100 patients. La raison de cette limitation réside dans la stabilité des coefficients estimés.

3.2. Méthode de calcul

Les **calculs** statistiques sont effectués séparément **pour chaque spécialité médicale** (titre de spécialiste), car on peut supposer que les variables explicatives, telles que la structure par âge du collectif de patients, n'ont pas la même influence sur les coûts des différents groupes de médecins spécialistes.

Pour calculer l'effet (la particularité) du cabinet médical, on utilise une procédure en deux étapes.

1. Le calcul initial de l'effet du cabinet est basé sur la structure des coûts de ce dernier et sur les variables de morbidité en utilisant un modèle à effets fixes (modèle de régression), pour tenir compte des spécificités du cabinet. Les modèles de régression à variables multiples sont conçus pour calculer l'influence moyenne de facteurs explicatifs (p. ex. les variables de morbidité) sur une variable cible (p. ex. les coûts). Le modèle à effets fixes complète la régression linéaire usuelle en répartissant en deux composantes les différences non expliquées par le modèle lors de l'estimation : d'une part, une composante systématique par cabinet et, d'autre part, un terme aléatoire. Pour l'évaluation du cabinet, seule la composante systématique est utilisée.
2. Ensuite, on procède au calcul de l'influence de l'emplacement du cabinet et donc à une correction de l'effet du cabinet selon des facteurs cantonaux, puisque le modèle à effets fixes ne permet pas de prendre en compte les variables ne variant pas selon les cabinets.

L'étape suivante consiste à calculer la valeur indicielle. L'indice du cabinet est obtenu en comparant le cabinet avec un cabinet aux coûts moyens de la spécialité correspondante.

Avant la comparaison avec le groupe de référence, un facteur d'incertitude¹ est déduit de l'effet du cabinet pour réduire le risque qu'un cabinet soit identifié à tort comme étant « hors norme », par exemple à cause de quelques patients dont les coûts de médicaments sont élevés. Cela rend la nouvelle méthode de sélection moins sensible aux valeurs statistiques aberrantes. L'indicateur d'incertitude permet d'évaluer la précision de l'estimation des effets propres au cabinet (de manière

¹ Le facteur d'incertitude sert à quantifier l'incertitude statistique dans le calcul de l'effet du cabinet (de manière similaire à un écart-type).

similaire à une erreur-type). Le facteur d'incertitude porte exclusivement sur l'effet du cabinet et ne permet aucune indication sur les variables explicatives.

La valeur limite pour le caractère « anormal » reste inchangée : coûts supérieurs de 30 % à la moyenne du groupe de référence (= valeur indicelle : 130).

4. Évaluation de la méthode de sélection améliorée

4.1. Progrès par rapport l'ancienne méthode de sélection

Pour la FMH, la nouvelle méthode statistique de sélection représente une amélioration considérable :

- Cette nouvelle méthode statistique **se fonde sur des données scientifiques** et est transparente. La méthode doit être documentée et publiée conformément à un accord contractuel entre la FMH, curafutura et santésuisse.
- L'exigence de la FMH visant à une **réduction du nombre de fournisseurs de prestations faux positifs** a été satisfaite. La nouvelle méthode statistique de sélection réduit nettement l'influence des valeurs statistiquement aberrantes et diminue donc considérablement la proportion des fournisseurs de prestations faux positifs : l'étude de Polynomics AG prévoit une réduction de 50 % par rapport à l'ancienne méthode ANOVA.
- La **morbidity du collectif de patients** au niveau du cabinet a été intégrée dans le calcul. Les variables de morbidité utilisées répondent aux exigences de la FMH dans les limites du faisable aujourd'hui.
- La nouvelle méthode statistique de sélection est plus souple pour l'intégration future de variables supplémentaires décrivant les particularités du cabinet, ce qui rend **plus facile la poursuite de son développement**.

4.2. Potentiels de développement futur

La nouvelle méthode statistique de sélection apporte **une nette amélioration**. Malgré cela, cette méthode et les principes fondamentaux des procédures EAE doivent être développés et améliorés en permanence. De plus, il est absolument nécessaire de procéder de manière transparente à une comparaison quantitative des méthodes de sélection, anciennes et nouvelles, du point de vue de leur effet sur les cabinets médicaux, c'est-à-dire qu'il faut indiquer, par spécialisation, les variables utilisées et leur impact quantitatif sur l'indice de régression des cabinets médicaux, et en particulier aussi, quels PCG remplissent les critères d'inclusion par spécialisation :

- Les **maladies (morbidity)**, qui engendrent des coûts de traitement élevés sans coûts de médicaments ou d'hospitalisation plus élevés, génèrent des coûts importants qui restent statistiquement inexpliqués (par exemple : thérapie de la douleur, soins palliatifs, patients souffrant d'une maladie psychique).
- Les **offres de prestations différentes** au sein d'un même groupe de spécialistes ne sont pas détectées (p. ex. : activité chirurgicale par opposition à activité conservatrice).

- Les **activités dans deux spécialités** ne sont pas détectées (p. ex. : cardiologie + soins en médecine générale) ; cela pose problème surtout si la prestation additionnelle doit être facturée avec le tarif des prestations de base.
- Les **spécialisations purement diagnostiques** ne sont pas détectées parce que les coûts des médicaments relèvent d'autres fournisseurs de prestations (p. ex. : les cardiologues exerçant une activité diagnostique, dont les patients reçoivent les médicaments par leur médecin de famille).
- Les **collectifs de patients particuliers** ne sont pas représentés correctement par les données utilisées (niveau social faible, population issue de l'immigration, groupe de maladies non pris en compte par les PCG [p. ex. le VIH dans le groupe spécialisé de gynécologie et d'obstétrique]).
- L'intégration de variables propres aux sociétés de discipline médicale permettrait de définir des **groupes de référence** plus homogènes et donc **plus précis**, par exemple en comparant entre eux uniquement les médecins d'une société spécialisée qui effectuent des traitements spécifiques (par exemple, des interventions invasives), et l'analyse des données au niveau du fournisseur de prestations individuel au lieu du cabinet pourrait améliorer la pertinence de la sélection pour différentes formes de cabinets (cabinets collectifs, instituts).

4.3. Interprétation des résultats de la procédure de sélection

Les résultats de la procédure statistique de sélection ne peuvent être interprétés correctement que si les points faibles de la méthodologie sont également connus. Dans ce contexte, les restrictions suivantes doivent être prises en compte :

- a. Le **modèle à effets fixes présente l'inconvénient** que toutes les particularités non observées du cabinet entrent également dans l'effet spécifique du cabinet. Par exemple, si un médecin dispose d'un certain éventail de prestations qui entraîne des coûts élevés, il en résulte un effet spécifique élevé du cabinet. Cependant, cet effet élevé n'est pas dû à des traitements non économiques, mais à des particularités non observées du cabinet. Il faut impérativement en tenir compte dans l'interprétation des résultats. C'est pourquoi, il est absolument nécessaire de procéder à un examen individuel ultérieur afin d'analyser des particularités du cabinet qui entraînent des coûts élevés, telles qu'un éventail spécifique de prestations.
- b. En médecine, il n'y a pas de **norme de référence** pour un « comportement non économique », c.-à-d. pas de définition reconnue et généralement valable du caractère (non) économique. La rentabilité est souvent définie comme le rapport entre le résultat obtenu et les ressources investies pour l'obtenir. Par conséquent, au sens d'une « analyse coût-bénéfice », il faudrait mettre en corrélation le résultat clinique avec les coûts du traitement. L'absence d'une telle norme de référence a pour conséquence qu'il n'est pas possible de définir objectivement où se situe la limite des « traitements non économiques ». Pour cette raison, il n'est pas non plus possible d'évaluer quels cabinets sont correctement identifiés comme « hors norme » dans le cadre du processus de sélection. La méthodologie utilisée part plutôt du principe qu'un traitement aux coûts moyens dans une spécialité médicale correspond à un « traitement économique ». Dans cette situation, il est impératif de procéder, après la procédure de sélection, à une vérification individuelle, afin d'analyser les profils de coûts hors norme.

- c. Les termes **sensibilité** (« tous les malades sont correctement détectés ») et **spécificité** (« toutes les personnes en bonne santé sont correctement détectées ») constituent un aspect central de l'évaluation des résultats d'une procédure statistique de sélection. En raison de l'absence d'une norme de référence, il n'est pas possible de déterminer la sensibilité et la spécificité de la procédure EAE utilisée.

5. Résumé

La procédure statistique de sélection utilisée jusqu'à présent par les assureurs pour identifier les médecins « hors norme » en termes de coûts a souvent abouti à des résultats faussement positifs. C'est pourquoi, la FMH, santésuisse et curafutura ont demandé à Polynomics AG de développer une meilleure méthode.

La nouvelle méthode statistique de sélection se fonde sur des données scientifiques et prend désormais en compte des variables supplémentaires sur la morbidité du collectif de patients d'un cabinet médical.

Le potentiel de développement de cette nouvelle méthode réside dans le fait que d'autres variables pourront être intégrées en vue de quantifier la **morbidité des patients** (p. ex., les données diagnostiques), et de **préciser les groupes de référence** au moyen de caractéristiques spécifiques à chaque société de discipline médicale.

En médecine, il n'existe aucune norme de référence définissant un « comportement (non)économique », c.-à-d. que la procédure statistique de sélection ne permet pas d'évaluer objectivement quels cabinets sont correctement identifiés comme « hors norme ». Dans les méthodes actuelles de contrôle de l'économicité, un traitement aux coûts moyens dans une spécialité médicale correspond à un « traitement économique ».

Après la procédure statistique de sélection, seule une analyse individuelle qui examine en détail les coûts comparativement élevés d'un cabinet « hors norme » permet de résoudre la question de savoir si un médecin ne répond pas aux critères d'économicité !