

avenir débat

Plus de valeur dans la santé

Améliorer la qualité par la concurrence

Diego Taboada et Jérôme Cosandey



Remerciements

Les auteurs remercient les membres de la Commission des programmes d'Avenir Suisse, le Prof. Jean-Luc Chenaux et le Prof. Reto Föllmi, pour leur relecture et leurs suggestions utiles. Ils remercient également Manuel Elmiger et Joel Lehmann pour leurs précieux commentaires et leur relecture critique. Par ailleurs, ils remercient chacune des 30 personnes interviewées : des représentants des fournisseurs de prestations, des assurances-maladie ainsi que des spécialistes de la santé. En partageant leur riche expertise et leurs propositions constructives, toutes ces personnes ont permis aux auteurs d'affiner les analyses et de les enrichir d'exemples concrets. La responsabilité du contenu de cette étude incombe uniquement aux auteurs et au Directeur d'Avenir Suisse, Peter Grünenfelder.

Auteurs Diego Taboada
 Jérôme Cosandey
Traduction Kenza Vionnet
Relecture interne Antoine Duquet
Editeur Avenir Suisse, *avenir-suisse.ch*
Conception Ernie Ernst
Impression Staffel Medien AG, *staffelmedien.ch*
ISBN 978-3-907453-03-2

Copyright © Mai 2023, Avenir Suisse, Zurich

Cette œuvre est protégée par le droit d'auteur. Avenir Suisse étant intéressé à la diffusion des idées présentées ici, l'utilisation par des tiers des conclusions, des données et des graphiques de cette œuvre est expressément souhaitée à condition que la source soit indiquée de façon précise et bien visible et que les dispositions légales en matière de droits d'auteur soient respectées.

Commander assistant@avenir-suisse.ch, +41 44 445 90 00
Télécharger *avenir-suisse.ch/fr/publication/plus-de-valeur-dans-la-sante/*

Préface

Le système de santé suisse est malade, du moins, sur le plan financier. Les coûts annuels de plus de 86 milliards de francs (2021) sont considérables et représentent une charge de plus en plus lourde pour les finances publiques de la Confédération et des cantons ainsi que pour les ménages privés. L'augmentation des primes observée chaque année offre un terrain de jeu idéal permettant aux milieux politiques de revendiquer toutes sortes d'interventions de l'Etat motivées par des velléités dirigistes : des réductions de primes pour tous (ou presque), des demandes pour une caisse unique, en passant par des initiatives populaires visant à freiner les coûts, jusqu'à l'appel à organiser des sessions parlementaires extraordinaires. Toutes ces prétendues solutions visent à mettre l'accent sur davantage de redistribution, de bureaucratie et de réglementations. Toutefois, cette approche est vouée à l'échec.

Le système de santé n'obéit pas aux lois du libre marché qui permet aux acteurs de réagir selon l'offre et la demande. Les substitutions n'ont que rarement lieu, et les prix ne sont pas ajustés en fonction du marché, mais sont imposés par l'Etat. Dans le système actuel, les augmentations de volumes sont inévitables, car les besoins ne coïncident pas avec le triangle formé par les fournisseurs de prestations, les patients en tant que bénéficiaires des prestations et l'Etat et les assurances-maladie en tant que payeurs. Toutefois, dans une société vieillissante, quelles augmentations de volume sont dues à des raisons médicales et lesquelles sont le résultat d'une optimisation du chiffre d'affaires ? La problématique ne peut pas être résolue par de nouvelles réglementations, ni par du micromanagement. De nouvelles approches sont nécessaires.

Il faut se concentrer davantage sur la qualité des prestations de santé et discuter de la valeur créée pour le patient par franc investi, non seulement pour une seule intervention, mais aussi tout au long du traitement. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut déterminer si les interventions sont pertinentes. Dans cette publication, Diego Taboada et Jérôme Cosandey s'expriment en faveur d'une concurrence axée sur la qualité plutôt que les coûts. Là où la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) a échoué avec son approche centralisée, les structures décentralisées et fédérales de notre système de santé créent de nombreuses opportunités d'expérimentation et de différenciation pour le value-based healthcare. Les approches les plus diverses et la concurrence des idées sont ainsi encouragées.

La valeur de cette publication réside notamment dans le fait que les auteurs présentent des approches novatrices, allant des exigences de transparence pour plus de concurrence axée sur la qualité en passant par de nouveaux mécanismes de financement permettant de répartir les dividendes de la qualité entre tous ceux qui investissent dans la qualité des traitements, jusqu'aux nouveaux modèles de soins de santé intégrés. Les

fournisseurs de prestations et les assureurs ont changé d'approche et placent désormais la qualité par franc investi dans la santé en tête de leur liste de priorités. Les milieux politiques doivent maintenant rapidement entrer dans la danse. Cette publication propose des pistes à suivre.

Peter Grünenfelder, Directeur d'Avenir Suisse

Sommaire

Préface	3
Executive Summary	6
Liste des abréviations	11
1 _ Plus de valeur pour les patients	12
1.1 _ Un changement de paradigme nécessaire	12
1.2 _ Une concurrence axée sur la qualité plutôt que sur les coûts	15
1.3 _ Une approche bottom-up explorative: portée et limites de l'étude	23
2 _ Transparence de la qualité au sein des organisations	25
2.1 _ Mesurer l'outcome avant l'input	25
2.2 _ Impliquer les patients	27
2.3 _ Les éléments essentiels pour la mesure systématique de la qualité	32
3 _ Modèles de financement basés sur la valeur	37
3.1 _ Le point de vue des patients grâce aux soins intégrés	37
3.2 _ Des projets éprouvés et novateurs en Suisse	38
3.3 _ Favoriser la valeur plutôt que le volume	45
4 _ Concurrence axée sur la qualité entre les organisations	52
4.1 _ Un Benchmarking timide en Suisse	52
4.2 _ Un déploiement à l'échelle nationale en deux étapes	55
4.3 _ Conditions pour des comparaisons pertinentes	56
4.4 _ Un rôle subsidiaire de l'Etat	59
5 _ Conclusion : vers un système de santé basé sur la valeur	61
5.1 _ La numérisation et la gestion des données comme facteurs clés	61
5.2 _ Deux axes à approfondir pour plus de valeur	62
5.3 _ Une réponse libérale aux défis du système de santé	64
Annexe: Etat de la mesure de la qualité en Suisse	66
Bibliographie	71
Améliorer la qualité par la concurrence	5

Executive Summary

La santé intéresse les citoyens, et donc aussi les milieux politiques. Rien qu'au niveau fédéral, plus de 500 objets parlementaires sont déposés chaque année. Les interventions se contredisent : alors que de nombreux politiciens demandent de faire des économies dans le domaine de la santé, par exemple avec l'initiative pour un frein aux coûts, d'autres souhaitent élargir le catalogue de prestations de l'assurance de base ou augmenter les tarifs et les salaires, par exemple avec l'initiative sur les soins infirmiers adoptée en 2021.

Les discussions sur les coûts et les prestations sont d'autant plus stériles qu'elles font l'impasse sur un élément décisif : la valeur des prestations de santé. Si les dépenses peuvent être chiffrées avec précision (86,344 milliards de francs en 2021), personne n'arrive à quantifier leur valeur pour les patients et la société. Sans un changement de paradigme qui place le patient, et non les institutions, au centre des préoccupations, le développement du système de santé restera au point mort.

La nécessité d'une approche centrée sur la valeur pour le patient

L'objectif principal du système de santé est de maximiser la valeur pour les patients. La valeur est définie comme le rapport entre le résultat du point de vue du patient (outcome, qui peut également être compris comme la qualité des soins) et les ressources utilisées (input, par exemple en francs ou en personnel), et ce tout au long du parcours de soins du patient.

En matière de qualité, il ne s'agit ni de demandes superficielles telles qu'une chambre à deux lits à l'hôpital, ni de souhaits d'intervention pour des raisons esthétiques. L'idée est plutôt d'identifier des indicateurs qui décrivent le but du traitement du point de vue du patient. Si survivre à une opération et prévenir des infections sont évidemment prioritaires, d'autres aspects sont tout aussi cruciaux. Dans le cas du cancer de la prostate, par exemple, les indicateurs de l'outcome tels que l'incontinence ou les dysfonctionnements érectiles sont importants pour le patient.

La qualité permet également de faire des économies au niveau des ressources (humaines). Elle accélère la guérison, minimise les complications, évite la surmédicalisation et réduit le nombre de traitements superflus et pénibles pour les patients. Par exemple, une maladie chronique bien traitée (telle que le diabète ou l'asthme) peut éviter des hospitalisations. Il faut viser une telle optimisation des ressources dans un système financé de manière solidaire et collective et dans un secteur qui souffre d'une pénurie marquée de main-d'œuvre.

Une nouvelle dynamique

En 2006, une approche centrée sur la valeur pour le patient dans le système de santé a été développée aux Etats-Unis: le value-based healthcare. La Suisse a fait des premiers pas dans cette direction. Un financement qui suit le patient plutôt que de favoriser une seule institution a par exemple été introduit dans les soins de longue durée en 2011 et dans les hôpitaux en 2012. Des indicateurs de qualité par établissement ont également été introduits dans le secteur hospitalier. Cependant, le secteur de la santé reste fortement organisé en silos et l'esprit de clocher domine toujours dans le domaine stationnaire (hôpitaux et EMS). La mesure d'indicateurs de qualité pour une maladie donnée tout au long du parcours du patient relève plus de l'exception que de la règle.

Après des décennies de stagnation, une opportunité se présente pour lancer un changement de paradigme tant attendu. D'une part, une approche centrée sur la valeur est un argument de recrutement important en ces temps de forte pénurie de personnel qualifié. Suivre l'outcome tout au long du parcours de soins du patient et convenir des traitements avec les patients peut faire office de motivation supplémentaire pour le personnel. Dans un système de santé fragmenté en raison de la spécialisation croissante, la vue d'ensemble du parcours de soins du patient est la promesse d'un environnement de travail qui donne du sens.

D'autre part, on observe une implication croissante de la part des assurances-maladie, qui s'explique notamment par le nouvel aménagement de la compensation des risques entre assureurs. Depuis 2020, il est moins intéressant d'attirer des assurés jeunes et en bonne santé et de proposer des primes attrayantes grâce à une structure de risque plus avantageuse. L'effort requis pour sélectionner les «bons risques» n'est plus rentable. Aujourd'hui, les assurances-maladies cherchent plutôt à réduire les coûts des prestations de la collectivité grâce à des modèles de soins et d'assurance efficaces, afin de rester compétitifs.

La valeur plutôt que le volume

Le financement du système de santé suisse fonctionne sur la base du remboursement de prestations individuelles ou des ensembles de prestations. Ainsi, le risque existe que les fournisseurs de prestations optimisent en premier lieu leur propre situation financière. Ils n'ont pas d'incitations financières à maintenir les gens en bonne santé ou à assurer le meilleur traitement du point de vue du patient grâce à la coordination avec d'autres fournisseurs de prestations.

Il est donc nécessaire d'introduire des mécanismes de financement qui permettent de répartir les «dividendes de la qualité» entre tous ceux qui investissent dans la qualité du traitement. En d'autres termes, il faudrait également rémunérer équitablement les fournisseurs de prestations qui ont contribué à un meilleur résultat qualitatif tout au long du traitement du patient en prévenant ou en renonçant à une intervention.

Dans le domaine stationnaire, il faut ainsi créer le cadre juridique permettant de compléter les tarifs hospitaliers par une composante de qualité. Si la composante de qualité négociée avec l'assureur s'oriente vers les économies réalisées sur l'ensemble du parcours de soins du patient, la neutralité des coûts est assurée à moyen terme. Les dépenses supplémentaires dans un hôpital de meilleure qualité sont rentabilisées par une réduction des coûts subséquents.

Dans le domaine ambulatoire, les réseaux de soins intégrés permettent d'éviter les prestations inutiles grâce à une meilleure coordination et à des cercles de qualité. Cela contribue à économiser des coûts qui sont utilisés par le réseau pour financer les mesures de qualité et rétrocedés aux assurés sous forme de rabais sur les primes dans les modèles d'assurance alternatifs (MAA).

L'introduction d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (Efas) est une autre solution pour garantir la répartition des dividendes de la qualité et améliorer l'attractivité des MAA. En raison des différences de financement, il n'est aujourd'hui pas intéressant pour les assurances-maladie d'éviter les séjours hospitaliers, car les traitements ambulatoires leur sont entièrement facturés, tandis que la moitié environ des coûts des prestations stationnaires sont pris en charge par le canton. Avec l'Efas, les assurances-maladie seraient incitées financièrement à négocier des MAA avec les fournisseurs de prestations qui réduisent les séjours hospitaliers inutiles et coûteux et les remplacent par des prestations ambulatoires.

Des innovations «bottom-up»

Un système de santé centré sur le patient et basé sur la valeur ne peut pas être imposé par le haut. Un tel système doit être développé par ceux qui le pratiquent. C'est pourquoi l'étude met en évidence des initiatives prometteuses et des projets pilotes précurseurs. Ceux-ci se caractérisent par une collaboration accrue entre les fournisseurs de prestations, les assureurs et les cantons.

Cette nouvelle forme de coopération constitue une sorte de révolution culturelle dans l'organisation habituellement très rigide du système de santé. Jusqu'à présent, de nombreux fournisseurs de prestations considéraient les assurances-maladie comme des organismes de facturation qui contrôlaient méticuleusement leurs activités. D'un autre côté, les assureurs se méfiaient de certains prestataires et les soupçonnaient de présenter sciemment des décomptes incorrects. Aujourd'hui, les partenaires tarifaires travaillent ensemble dans des projets de soins intégrés ou dans des sociétés créées à cet effet. Ils sont alors non seulement assis à la même table, mais aussi du même côté.

Pourtant, bien que le marché suisse bouillonne d'initiatives innovantes, l'administration fédérale tente, dans le cadre du deuxième volet de mesures visant à maîtriser les coûts, de restreindre la concurrence en créant

de nouveaux prestataires imposés par l'Etat et organisés de manière uniforme. Les acteurs actuels se verraient ainsi privés du terrain sur lequel ils se sont établis sur le marché en se différenciant. L'Etat doit donc s'abstenir de fausser la concurrence dans le domaine des soins intégrés. Les modèles de soins intégrés centrés sur le patient ne doivent pas devenir la norme par décret, mais par l'usage des patients.

La transparence pour plus de concurrence axée sur la qualité

Au lieu d'un diktat étatique, il faut des conditions-cadres qui favorisent la concurrence axée sur la qualité. La transparence est donc essentielle. Dans un système de santé centré sur le patient, les fournisseurs de prestations, les assurances-maladie, mais aussi les patients peuvent exiger une valeur ajoutée du système. Pour ce faire, les patients ont besoin de transparence sur la valeur des prestations tout au long du parcours de soins. Ils ont ainsi la possibilité d'identifier le fournisseur de prestations optimal. Si les patients votent avec leurs pieds, les fournisseurs de prestations s'efforceront davantage de proposer des offres de pointe ainsi qu'une meilleure qualité. L'Etat fixerait un délai pour l'introduction d'un tel benchmarking.

Afin de favoriser l'acceptation de la transparence par les fournisseurs de prestations et d'éviter des résistances, il est recommandé de procéder à une introduction en deux étapes. Dans un premier temps, il faut que les fournisseurs de prestations aient accès, de manière anonyme, aux données relatives à la qualité. Dans cette première phase, chaque prestataire devrait pouvoir comparer ses données à celles de la concurrence, sans pouvoir identifier nommément les concurrents. L'auto-évaluation et l'optimisation constituent les éléments principaux de cette phase. La comparaison anonyme permet en outre de se familiariser avec les indicateurs et de les adapter le cas échéant.

Dans une deuxième étape, les mesures de l'outcome devraient être rendues accessibles à tous : patients, fournisseurs de prestations et assurances-maladie. Cela permet au patient (ou à son médecin traitant) de choisir en connaissance de cause les spécialistes appropriés. Par ailleurs, la transparence entre les organisations aide les fournisseurs de prestations à comprendre et à mettre en avant leurs points forts. Ils peuvent également identifier des partenaires de coopération qui leur conviennent.

Une réponse libérale aux défis du système de santé

Les trois chapitres de cette publication présentent les étapes permettant de mettre en place un système de santé basé sur la valeur :

- Premièrement, des indicateurs de qualité des résultats doivent être définis et mesurés afin d'analyser la qualité des prestations au sein d'une organisation.
- Deuxièmement, il faut des mécanismes financiers qui rémunèrent de manière adéquate la valeur ajoutée d'une meilleure prise en charge pour le patient.

– Troisièmement, il s'agit d'instaurer de la transparence sur la qualité et le coût des soins.

D'un point de vue libéral, il convient de privilégier une approche incrémentale par le bas («bottom-up»), afin de progresser à petits pas. Dans une Suisse décentralisée et fédérale, une approche dirigiste «top-down» avec des objectifs ambitieux risque de se perdre dans les méandres administratifs et politiques.

Il est crucial de développer une vision commune d'un système de santé basé sur la valeur parmi les fournisseurs de prestations, les sociétés médicales, les associations de patients et les assureurs. Une telle approche permet de réduire les incitations, d'orienter les intérêts des parties prenantes vers l'objectif commun et de favoriser la flexibilité et la résilience du système de santé suisse grâce à une organisation décentralisée.

Liste des abréviations

ANQ	L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AOS	Assurance obligatoire des soins
Croms	Clinician-Reported Outcome Measures
DEP	Dossier électronique du patient
Efas	Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires de l'assurance-maladie
FmC	Forum suisse des soins intégrés
HMO	Health Maintenance Organisation
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement
KSW	Hôpital cantonal de Winterthour
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LCA	Loi sur le contrat d'assurance
MAA	Modèles d'assurance alternatifs
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
Premis	Patient-Reported Experience Measures
Proms	Patient-Reported Outcome Measures
Siris	Registre suisse des implants hanche et genou
USB	L'hôpital universitaire de Bâle
VBHC	Value-based healthcare

1_ Plus de valeur pour les patients

1.1_ Un changement de paradigme nécessaire

1.1.1 Le secteur de la santé chamboulé

Avec le vieillissement de la population, un nombre toujours plus important de personnes nécessite des prestations de soins. L'augmentation de l'espérance de vie modifie également le profil des patients. Les personnes âgées sont souvent atteintes de maladies chroniques et de plusieurs maladies à la fois (multimorbidité). Aux maladies chroniques s'ajoutent les maladies transmissibles, comme l'a montré la pandémie Covid-19. La résistance aux antibiotiques constitue un autre problème, car elle augmente le risque de maladies transmissibles telles que la tuberculose ou la coqueluche, bien que l'on pensait ces deux maladies disparues.

Les progrès techniques permettent certes de limiter la nécessité d'interventions invasives, ce qui peut réduire la durée de séjour à l'hôpital et donc les coûts de la santé en général. Toutefois, ils permettent aussi de traiter des personnes qui, avec des méthodes plus anciennes, n'auraient pas pu être aidées, ce qui peut entraîner une augmentation du nombre d'interventions. Dans le secteur des médicaments aussi, les innovations améliorent le traitement de maladies graves, mais rares, et dont les coûts de développement doivent être ventilés sur moins de patients. Cela peut entraîner des coûts à l'unité pouvant atteindre des centaines de milliers de francs ou plus (Estevez et Cosandey 2023). Enfin, la richesse et la prospérité s'accompagnent d'une augmentation des exigences de la population en matière de soins de santé.

Ces développements entraîneront une nouvelle hausse considérable des coûts et des besoins supplémentaires en personnel de santé. En principe, cela ne poserait pas de problème particulier si les ressources tant humaines que financières augmentaient à un rythme comparable. Cependant, étant donné que les baby-boomers partent de plus en plus à la retraite et que moins de travailleurs entrent sur le marché du travail, il est fort probable que la pénurie de personnel qualifié qui prévaut aujourd'hui dans le secteur de la santé s'accroisse.

Par ailleurs, la hausse du nombre de patients, qui s'avère plus rapide que celle de la population active, entraîne une charge financière croissante pour les jeunes générations au profit des plus âgées, et ce même si les dépenses par patient restent constantes. Le financement par l'assurance maladie obligatoire repose en effet sur la solidarité entre les personnes en bonne santé (en général plus jeunes) et les personnes malades (souvent plus âgées). Même les subventions publiques financées par l'impôt, par exemple dans le domaine hospitalier, ne représentent finalement rien d'autre qu'un transfert financier de la population active vers les retraités.

Ces développements entraîneront une nouvelle hausse considérable des coûts et des besoins supplémentaires en personnel de santé.

1.1.2 Le triangle des Bermudes du système de santé

Dans un marché libre, les acteurs pourraient réagir aux changements de la demande et de l'offre, par exemple en améliorant l'efficacité, en adaptant les prix ou en proposant des produits ou services de substitution.

En Suisse, le système de santé n'obéit toutefois pas aux lois du libre marché, loin s'en faut. Avec l'assurance obligatoire des soins (AOS), l'accès au système de santé est garanti à l'ensemble de la population, indépendamment du revenu. Les prix sont soumis à une régulation étatique et le financement des frais de santé individuels est garanti par une assurance sociale. Ainsi, ce ne sont pas les prix qui déterminent l'offre et la demande dans le secteur de la santé, mais la politique ou le régulateur.

La conséquence de ce système est un triangle entre les fournisseurs de prestations (p. ex. le médecin), les bénéficiaires de prestations (le patient) et les payeurs (l'assurance-maladie ou l'Etat) (Thieme 2023). L'absence du signal-prix et le financement assuré par des tiers entraîne des conflits d'intérêts entre les trois parties. Le patient souhaite bénéficier des meilleurs soins médicaux possibles, le médecin veut offrir le traitement optimal et le payeur veut maintenir les coûts au niveau le plus bas possible.

Ces conflits d'objectifs entraînent des incitations différentes pour les acteurs impliqués. Les médecins et les patients peuvent prendre des décisions de traitement qui vont à l'encontre des intérêts des assurances-maladie. Les assurances-maladie et les fournisseurs de prestations peuvent procéder à des rationnements qui vont à l'encontre du bien-être des patients (par exemple dans le cas de remboursements forfaitaires). Enfin, les patients peuvent faire pression sur les tarifs avec les assureurs afin d'obtenir de meilleures primes. Dans ce triangle des Bermudes du système de santé, les économies de coûts ou l'extension des prestations se font toujours au détriment de tiers.

Ces conflits d'objectifs entraînent des incitations différentes pour les acteurs impliqués.

1.1.3 Politique contradictoire

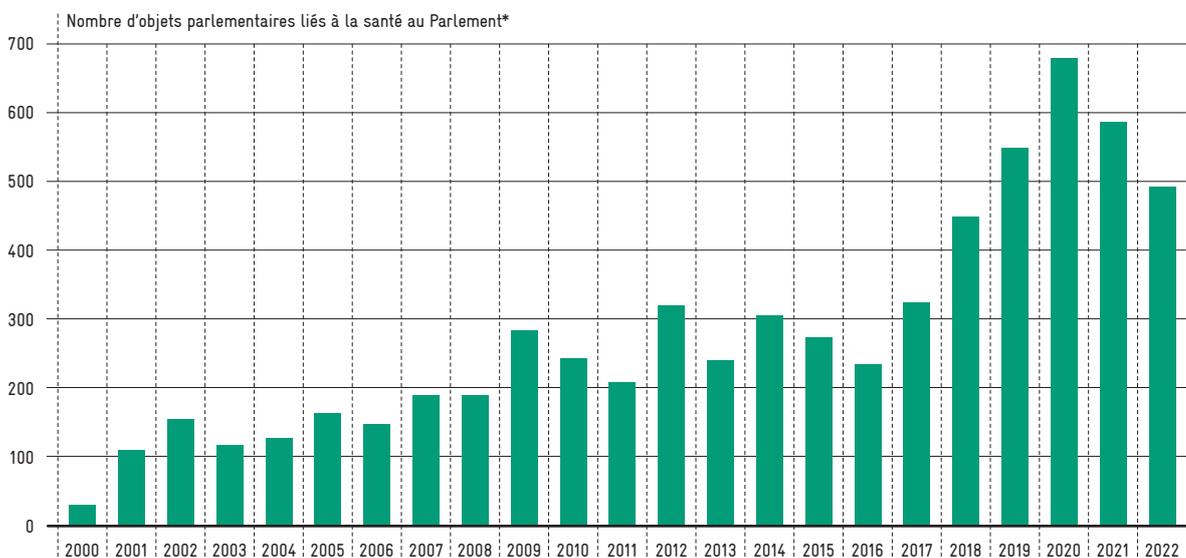
Dans ce trio réglé du système de santé, la politique de santé occupe une place croissante dans le débat public. En effet, depuis des années, les coûts de la santé font partie des principales préoccupations de la population suisse, comme le montre le Baromètre des préoccupations du Credit Suisse (Credit Suisse 2022). Dans les médias, les discussions tournent principalement autour de la question des coûts et de la hausse des primes d'assurance maladie qui en découle.

Tout cela se reflète dans l'arène politique. Au niveau fédéral, on observe une nette augmentation des objets parlementaires dans le domaine de la santé (voir figure 1): leur nombre a augmenté en moyenne de 13 % par an depuis 2000 et a donc quadruplé au cours des vingt dernières années. A titre de comparaison, durant cette période, le nombre de tous les objets parlementaires n'a augmenté «que» de 3 % par an (Curia Vista 2023). Ainsi depuis 2019, plus de 500 objets parlementaires liés à la santé ont été déposés

Figure 1

Forte augmentation des objets parlementaires dans le secteur de la santé

Le nombre d'objets parlementaires liés à la santé a été multiplié par quatre au cours des 20 dernières années. Depuis 2019, plus de 500 objets parlementaires ont été déposés chaque année au niveau fédéral (et ce, sans compter les objets liés au Covid 19).



* sans compter les objets liés au Covid-19 (2021/2022).

Source: Curia Vista (2023), propres calculs sur la base de Marty (2022)

chaque année au niveau fédéral, sans compter ceux liés à la gestion de la pandémie de Covid-19 ainsi que ceux enregistrés au niveau cantonal.

Sans surprise, la maîtrise des coûts de la santé, respectivement leur répartition, font l'objet de plusieurs initiatives populaires au niveau national. Dernières en date, celle du parti du Centre («Pour un frein aux coûts») qui vise à limiter les coûts de la santé à l'évolution des salaires nominaux. A gauche, le parti socialiste avait déposé quelques semaines avant seulement une initiative visant à plafonner les primes d'assurance maladie à 10 % du revenu disponible. De son côté, le Conseil fédéral propose deux «volets de mesures visant à maîtriser les coûts» (BAG 2022a, 2023a) qui visent à une gestion plus restrictive des coûts.

En contradiction avec ces objectifs de coûts, la tendance politique est à la prise en charge toujours plus large des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire ou par l'Etat. En 2009, le peuple a soutenu à plus de deux tiers des voix le financement des médecines complémentaires telles que l'homéopathie, la médecine anthroposophique ou encore la médecine chinoise dans l'assurance obligatoire des soins (Bundesrat 2017). Depuis 2012, le libre choix des hôpitaux et des cliniques privées est possible à l'intérieur comme à l'extérieur du canton, à condition que les institutions figurent sur les listes hospitalières cantonales. Ainsi, les prestations qui nécessitaient auparavant une assurance complémentaire sont désormais prises en charge par l'assurance de base.

Par ailleurs, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) permet à un nombre croissant de nouveaux acteurs de facturer leurs prestations directement aux assurances-maladie : les psychothérapeutes depuis 2022 (BAG 2023b) ou les infirmiers diplômés à partir de 2024 (BAG 2023c). Si ce transfert de compétences peut contribuer à décharger les médecins, les conséquences financières sont controversées. Selon Santésuisse, une association faîtière des assurances-maladie, cette pratique pourrait entraîner des dépenses supplémentaires de 500 millions de francs par an pour les psychothérapeutes (Santésuisse 2020). Curafutura, une autre association d'assurances est toutefois moins pessimiste (Curafutura 2022). Par ailleurs, des interventions sont régulièrement déposées au niveau cantonal et national pour la prise en charge de nouvelles prestations telles que la fécondation in vitro, les produits d'hygiène ou les soins dentaires (Piller Carrard 2019; Porchet 2020; Prelicz-Huber 2022).

La pandémie de Covid-19 a également donné une autre dimension aux revendications du personnel soignant pour de meilleures conditions de travail, à travers des demandes d'augmentation des salaires ou de réduction du temps de travail (mais à salaire constant), ce qui engendrerait de facto une augmentation des coûts de personnel. L'acceptation par le peuple de l'initiative sur les soins infirmiers en novembre 2021 est le symbole de cette demande politique pour plus de moyens. Les syndicats exigent aussi la formation d'équipes de réserves, à l'instar des corps de pompiers, pour faire face à de potentielles nouvelles pandémies (Maillard 2022). Les demandes pour de meilleures conditions salariales ou de meilleurs tarifs sont également pléthoriques, par exemple dans le cadre de services pédiatriques dans les hôpitaux (Häberli-Koller 2019).

Cette hyperactive politique contradictoire appelant d'un côté à une baisse des coûts et de l'autre à une prise en charge d'un nombre toujours plus croissant de prestations frise la schizophrénie. Chacun veut revendiquer le meilleur traitement, mais personne ne veut assumer les coûts d'un tel système.

Cette politique contradictoire appelant d'un côté à une baisse des coûts et de l'autre à une prise en charge d'un nombre toujours plus croissant de prestations frise la schizophrénie.

1.2_ Une concurrence axée sur la qualité plutôt que sur les coûts

Les discussions sur les coûts et les prestations sont d'autant plus stériles qu'elles ne tiennent pas compte d'un facteur déterminant : la valeur des prestations de santé. L'administration est certes capable de chiffrer au centime près les coûts des prestations de santé, 86,344 milliards de francs en 2021 (BFS 2023a), mais personne ne peut quantifier leur valeur pour les patients et la société. Sans un changement de paradigme qui place le patient et non les institutions au centre, la politique, et avec elle l'ensemble du secteur de la santé, resteront dans une impasse.

1.2.1 Valeur ajoutée pour les patients

Placer le patient au centre du système de santé devrait être une évidence. Pourtant le système de santé suisse - comme celui de la plupart des autres pays - n'est organisé ou financé de façon à atteindre cet objectif. Le financement des prestations diffère selon qu'elles sont fournies en stationnaire ou en ambulatoire. Là où il existe, le financement en forfait par cas incite les prestataires à transférer leurs patients au plus vite dans d'autres établissements lorsque les forfaits sont épuisés.

Par ailleurs, les informations concernant la santé d'un individu ne sont souvent pas numérisées, et si elles le sont, les différents acteurs n'y ont pas accès. Cette lacune entraîne au mieux des doublons, au pire à des décisions qui portent préjudice à la sécurité du patient.

Enfin, le système actuel valorise avant tout l'acte médical prodigué, plutôt que la valeur ajoutée du traitement. Proposer un traitement conservateur (par exemple des séances de physiothérapie plutôt qu'une opération des ligaments croisés du genou), voire aucun traitement du tout (dans le cas de douleurs dorsales par exemple), pourrait certes apporter une vraie valeur pour le patient, mais représente un manque à gagner pour les établissements qui choisissent cette voie.

Pour sortir de cette impasse, Michael Porter et Elisabeth Teisberg (2006) ont proposé un changement de paradigme dans le système de santé dans leur œuvre séminale «Redefining Healthcare: Creating Value-Based Competition on Results». Pour eux, l'objectif principal d'un système de santé est de maximiser la valeur pour le «consommateur» (le patient). Cette valeur se définit comme le rapport entre le résultat du point de vue du patient (l'outcome, que l'on peut également comprendre comme la qualité des soins) et les ressources engagées (l'input, par exemple en francs ou en personnel).

L'objectif principal d'un système de santé est de maximiser la valeur pour le «consommateur» (le patient).

Formule

$$\text{valeur pour les patients (value)} = \frac{\text{résultat de santé (outcome)}}{\text{ressources engagées (input)}}$$

La valeur peut ainsi être optimisée si pour un montant de ressources données, le résultat de santé («outcome») est amélioré. Un traitement peut aussi apporter plus de valeur si, pour un résultat donné («outcome»), les moyens engagés sont moindres, par exemple grâce à la prévention, une amélioration du diagnostic ou une meilleure efficacité de la prestation des soins.

Dans un système de santé basé sur la valeur (*value-based healthcare*, VBHC), on peut sortir de l'impasse politique en déplaçant l'attention sur les coûts vers la valeur ajoutée des prestations : il s'agit alors non pas de réduire les coûts ou d'augmenter les prestations, mais au contraire de mener un débat de fond sur la valeur visée et les moyens à déployer à cet effet.

Ainsi, un système de santé basé sur la valeur :

- 01_ offre une qualité des prestations de santé qui représente également une réelle valeur ajoutée pour le patient (**centrée sur le patient et non uniquement sur le fournisseur de prestations**),
- 02_ incite à une prise en charge optimale tout au long du parcours de soins du patient en récompensant la qualité et l'efficacité (**rémunérer la valeur plutôt que le volume**),
- 03_ permet aux patients, aux fournisseurs de prestations et aux financeurs de choisir les meilleurs partenaires (**transparence de la qualité et des coûts**).

Malgré la simplicité apparente du concept, la difficulté majeure réside dans sa mise en œuvre. Tout d'abord, il faut définir l'outcome de manière objective et mesurable. Pour ce faire, Porter et Teisberg proposent de définir des indicateurs de résultats (*outcome measures*) qui sont avant tout pertinents pour le patient. Ces indicateurs doivent être déterminés de manière différenciée en fonction de la maladie.

Le système de santé doit alors permettre un alignement de toutes ses activités au long du parcours du patient pour une pathologie donnée, par exemple pour le cancer du sein, de la prévention aux soins de longue durée, en passant par l'intervention et la réadaptation si nécessaire. L'approche VBHC doit ainsi permettre de briser les silos traditionnels (ambulatoire et stationnaire, généralistes et spécialistes) afin d'améliorer, grâce à une approche multidisciplinaire et interprofessionnelle, l'ensemble des soins et non une seule étape du traitement. Le système doit enfin rémunérer le (bon) résultat final et non l'intervention individuelle.

1.2.2 L'approche VBHC en Suisse

Le concept de Porter et Teisberg a été décliné une première fois pour la Suisse en 2007 dans une étude (Teisberg 2007). Depuis, des évolutions positives sur le plan politique ont pu être observées : avec l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier en 2012, le financement suit le patient, indépendamment de l'hôpital qu'il choisit. On parle d'un financement du sujet. L'hôpital ne reçoit un financement que s'il accueille un patient.¹ De façon similaire, le financement des soins de longue durée, tant pour les soins à domicile qu'en EMS, suivent également une logique du financement du sujet depuis 2011.

En parallèle, des réflexions sur la qualité des soins en particulier ont été menées en Suisse donnant naissance, entre autres, à l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) en 2009. Cette dernière récolte et publie des données pour les près de 400 hôpitaux de soins aigus, les cliniques psychiatriques et de

1 Contrairement au «financement de l'objet» qui prévoit une enveloppe de financement (ou une garantie de déficit) indépendamment de l'affluence de patients.

réadaptation. L'ANQ contribue ainsi à déterminer l'outcome dans les établissements hospitaliers. Toutefois, les indicateurs couvrent l'ensemble de l'institution et ne sont pas spécifiques à une pathologie ou à un médecin.

Les dernières évolutions législatives dans le domaine de la qualité ont eu lieu en 2019. Avec l'ambition de «renforcer la qualité et l'économicité des soins», le Parlement a introduit des nouvelles bases légales avec deux modifications majeures. Premièrement, une Commission fédérale pour la qualité (CFQ) a été mise sur pied, chargée de conseiller les acteurs de la santé et de financer des projets de développement de la qualité (art. 58b LAMal). Deuxièmement, les fournisseurs de prestations et les assureurs doivent conclure des conventions de développement de la qualité et les soumettre au Conseil fédéral (art. 58a LAMal). Ce dernier est chargé de fixer une «orientation stratégique» du développement de la qualité en définissant des objectifs quadriennaux. Le Conseil fédéral a donc fixé dix objectifs pour 2023. La plupart de ces objectifs se réduisent pourtant à des déclarations d'intention générale comme «La mise en place d'une culture juste en Suisse progresse» ou «La position des patients est renforcée» (Bundesrat 2022a). Dans sa stratégie, le Conseil fédéral ne mise pas sur la concurrence pour atteindre ses objectifs de qualité, mais privilégie l'harmonisation et le renforcement du contrôle des standards de qualité (Hess 2022).

Dans sa stratégie, le Conseil fédéral ne mise pas sur la concurrence pour atteindre ses objectifs de qualité, mais privilégie l'harmonisation et le renforcement du contrôle des standards de qualité.

1.2.3 Des objectifs non atteints

Malgré ces initiatives, la vision d'un value-based healthcare est loin d'être atteinte en Suisse. Le secteur de la santé en suisse reste très cloisonné et l'esprit de clocher est toujours dominant dans l'organisation des institutions stationnaires (hôpitaux et EMS). La mesure d'indicateurs de qualité pour une maladie donnée tout au long du parcours de soins du patient représente bien plus l'exception que la règle. Le partage d'information grâce à un dossier électronique du patient (DEP) reste encore un vœu pieux pour plusieurs années. Enfin, le financement des prestations se caractérise encore et toujours par des règles arbitraires de délimitations ambulatoire et stationnaire.

Dans ce contexte, un changement fondamental du système est nécessaire. A cet effet, nombreux sont ceux qui réclament une réorganisation du système de santé ordonnée par la Confédération («top-down»). Cependant, dans une Suisse fédérale et décentralisée, une telle réorganisation imposée par le haut s'est avérée jusqu'à présent extrêmement difficile, voire impossible, car la souveraineté en matière de politique de santé est répartie entre 26 cantons. Les fournisseurs de prestations, dont certains relèvent du droit public et d'autres du droit privé, ainsi que les différents financeurs (la Confédération, les cantons et une cinquantaine d'assurances-maladie) ont des positions très hétérogènes. Une réorganisation générale au niveau fédéral serait donc difficile à mener sur le plan politique.

Par ailleurs, une approche «top-down» n'est pas désirable, car elle limiterait la flexibilité du système. Les conditions et les préférences locales pourraient être moins prises en compte. L'organisation décentralisée entraîne certes des redondances et des doublons. En temps de crise, comme lors de la pandémie de Covid-19, elle offre toutefois une grande résilience au système.

Ainsi, au lieu de vouloir réformer le système par le haut, une approche par le bas («bottom-up») est plus prometteuse. Certes, l'hétérogénéité et la granularité du secteur suisse de la santé pourraient être perçues comme un frein à la mise en œuvre du modèle VBHC. Toutefois, cette atomisation offre également des opportunités pour tester de nouveaux modèles d'organisation et de financement au niveau régional. Que ce soit dans les 26 laboratoires d'expérimentation des cantons ou dans le cadre de collaborations entre les financeurs (p. ex. les assurances-maladie) et les fournisseurs de prestations (p. ex. un service d'un hôpital).

Afin d'encourager les idées et les innovations et d'amorcer une évolution (plutôt qu'une révolution) du système par le bas, nous proposons une approche en trois phases, qui constitue également la structure de cette publication.

1.2.4 Une qualité transparente au sein des organisations (voir chapitre 2)

Définir la qualité d'un service de santé est une tâche exigeante. Chaque patient présente des caractéristiques particulières, parfois uniques. La qualité d'un diagnostic médical ou d'une intervention chirurgicale est ainsi difficile à mesurer. Des praticiens prétendent même que définir la qualité dans le secteur de la santé relève, par définition, de l'impossible (Bonvin 2023).

La réticence à l'idée de définir et à quantifier la qualité du système de santé n'est toutefois pas justifiée. Avec une part de 12% du produit intérieur brut (PIB), le secteur de la santé est l'un des principaux secteurs économiques de la Suisse. Corrigées du pouvoir d'achat, les dépenses de santé par habitant dans notre pays sont parmi les deux plus élevées au monde (voir figure 2). Le système de santé est majoritairement financé par la collectivité par le biais de l'assurance obligatoire des soins (LAMal), les assurances complémentaires (LCA) et les impôts. Il va sans dire que les médecins et le personnel soignant contribuent quotidiennement et de manière significative au bien-être de la population. Mais compte tenu des coûts annuels s'élevant à plus de 80 milliards de francs, rendre des comptes sur la qualité des prestations fournies devrait également être une évidence.

Certes, il est difficile de définir la valeur dans le domaine de la santé, car les besoins des patients et les déterminants de la santé sont multiples.² Toutefois, ce n'est pas parce que la définition est difficile qu'il ne

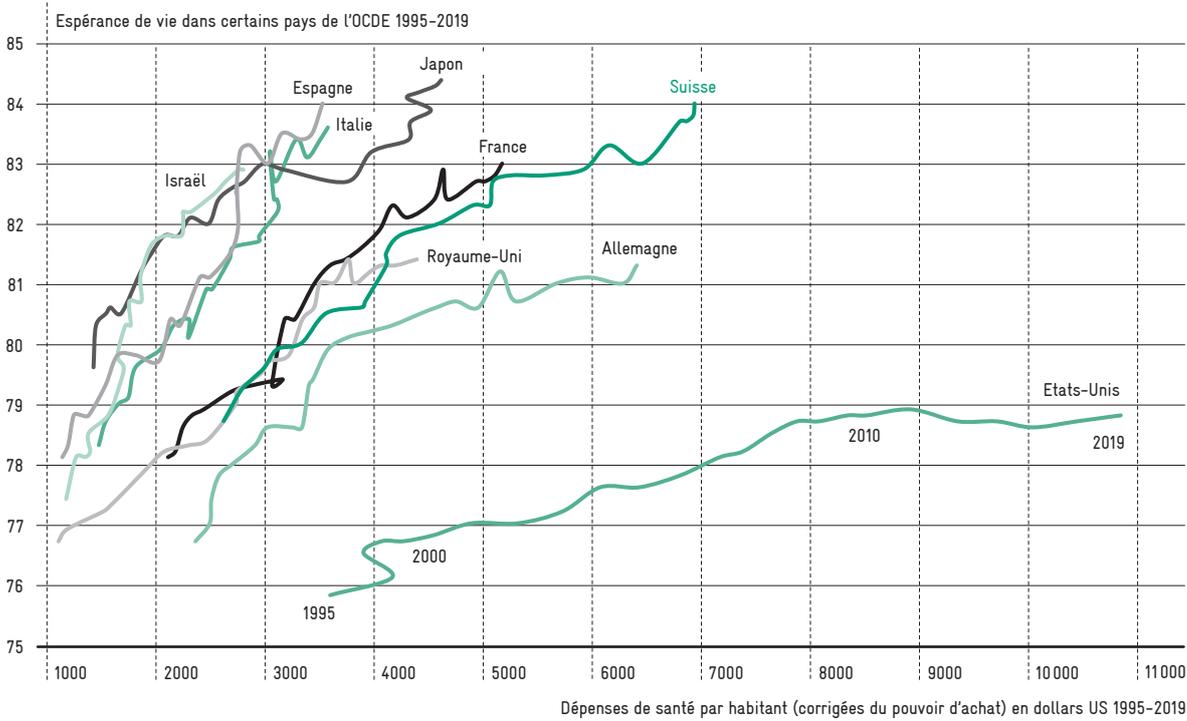
Compte tenu des coûts annuels s'élevant à plus de 80 milliards de francs, rendre des comptes sur la qualité des prestations fournies devrait être une évidence.

2 Ce constat s'applique pour la plupart des activités de services, comme dans la finance, le droit ou la recherche et le développement.

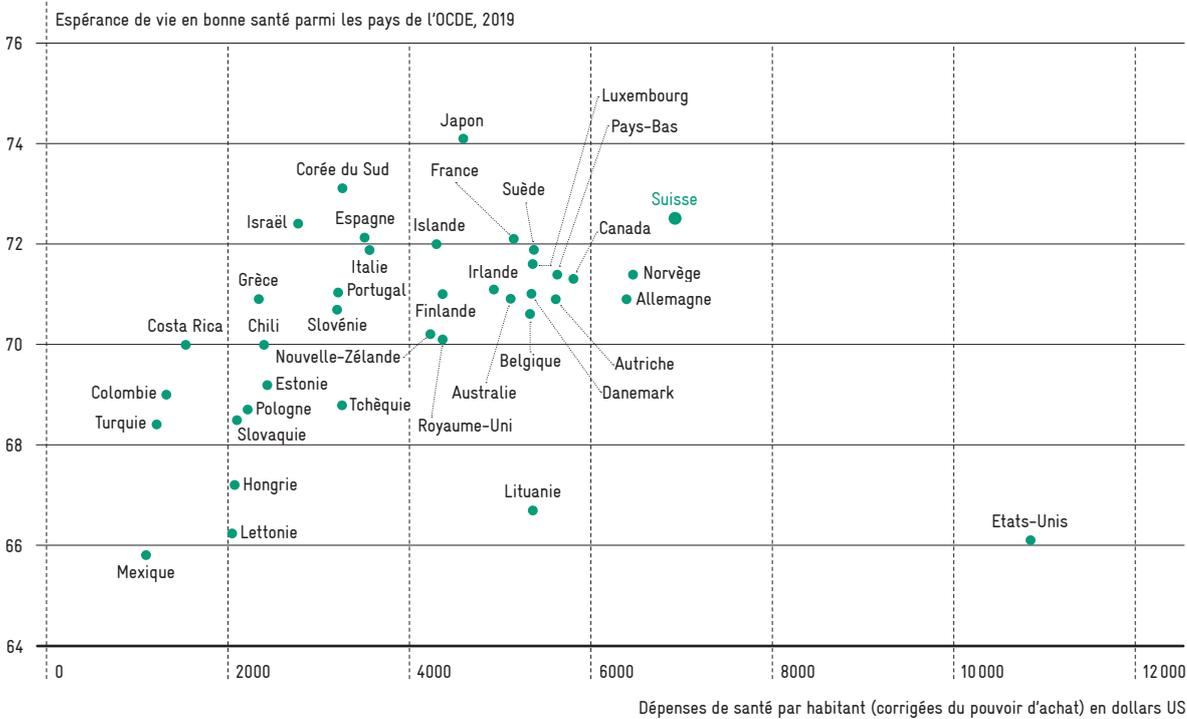
Figure 2

L'espérance de vie élevée est associée à des coûts importants

En Suisse, l'espérance de vie est de 84 ans, et on estime à 73 ans le nombre d'années de vie en bonne santé, des chiffres qui comptent parmi les plus élevés en comparaison internationale. Toutefois, d'autres pays atteignent des résultats similaires avec des dépenses par habitant nettement inférieures.



Source: OECD (2023a, 2023b) sur base d'Helsana (2023)



Source: OECD (2023b), WHO (2022)

faut pas élaborer des indicateurs. Le produit intérieur brut (PIB) ne reflète qu'imparfaitement la véritable richesse d'un Etat, car il ne tient pas compte d'éléments essentiels tels que la qualité de vie ou le sentiment de bonheur de la population dans un pays. Et pourtant, cet indicateur fournit des renseignements importants sur le bien-être de la population, notamment en comparaison internationale. Souvent, des indices imparfaits tels que le PIB permettent de tirer des conclusions sur des ordres de grandeurs qui ne sont pas directement observables ou quantifiables. Ainsi, le PIB est typiquement corrélé à des facteurs qui sont difficiles à monétiser tels que l'éducation, la santé, la mortalité infantile, l'espérance de vie et la qualité de vie générale.

Ce n'est pas parce que la définition est difficile qu'il ne faut pas élaborer des indicateurs.

Dans le secteur suisse de la santé, de nombreux indices montrent que la qualité des soins est élevée. La question de savoir si les dépenses par habitant sont utilisées efficacement à cet effet relève toutefois d'une autre paire de manches. L'espérance de vie ou le nombre d'années de vie en bonne santé sont certes élevés, mais d'autres pays obtiennent des résultats similaires avec des dépenses par habitant nettement inférieures (voir figure 2). Non seulement au niveau agrégé, mais aussi dans la pratique, les différences soulèvent des questions. Par exemple, les implants de la hanche et du genou sont deux fois plus nombreux en Suisse que dans la moyenne des pays de l'OCDE (OECD 2021).

En Suisse, les différences de pratiques entre les cantons interpellent. Par exemple, en 2021, le nombre d'arthroscopies du genou par habitant était trois fois plus élevé dans le canton de Bâle-Ville que dans celui de Genève (Obsan 2023). Le taux d'infections ou de réhospitalisations après une opération varient également d'un hôpital à l'autre, même après prise en compte du risque lié à la patientèle d'un hôpital (ANQ 2023a).

Compte tenu de la grande variation des prestations fournies en comparaison internationale et intercantonale et de l'importance économique du secteur de la santé en Suisse, il est légitime d'attendre des fournisseurs de prestations, des financeurs et de l'Etat en tant que régulateur qu'ils rendent compte de la valeur ajoutée de leurs prestations.

Le premier pas vers un véritable modèle VBHC consiste donc à accepter qu'il existe des différences dans le diagnostic, l'indication ou la mise en œuvre d'un traitement. Reconnaître des variations n'est pas un acte de défiance envers le personnel de santé, ni un manque de reconnaissance de leur engagement au service de leurs patients. Il s'agit simplement de constater une volatilité statistique que l'on retrouve dans tous les corps de métier. Identifier les différences et comprendre leurs causes représente une étape indispensable pour améliorer la qualité de notre système de santé.

Même si une mesure parfaite de la qualité dans les soins de santé n'est pas possible, la définition d'indicateurs de qualité est une étape importante. Si l'on parvient à définir des indicateurs pertinents (non seulement

par des spécialistes pour des spécialistes, mais aussi par et pour les patients), ils pourront fournir des informations précieuses sur la manière de créer une véritable valeur ajoutée pour les patients. Dans ce contexte, les indicateurs correspondants devraient être recueillis par maladie et, si possible, avant, pendant et après un traitement, afin de surmonter les barrières artificielles entre les fournisseurs de prestations tout au long du parcours de soins du patient.

1.2.5 Des modèles de financement basés sur la valeur (voir chapitre 3)

Des soins de qualité permettent d'éviter les traitements et les complications inutiles. Ils accélèrent la guérison, minimisent les effets secondaires, évitent la surmédicalisation et réduisent le nombre de traitements superflus et lourds pour les patients. Par exemple, si une maladie chronique est bien traitée (telle que le diabète ou l'asthme), on peut éviter des hospitalisations. Une intervention chirurgicale réussie minimise le risque d'une nouvelle opération ainsi que les coûts supplémentaires qui y sont liés. En règle générale, une meilleure qualité signifie également que moins de ressources doivent être utilisées. Cette optimisation des ressources doit être explicitement recherchée dans un système financé de manière solidaire et collective et dans un secteur qui souffre d'une pénurie importante de main-d'œuvre.

Des soins de qualité permettent d'éviter les traitements et les complications inutiles.

Toutefois, offrir de meilleurs soins médicaux peut également nécessiter une utilisation plus importante des ressources : plus de temps d'écoute, plus de personnel ou des analyses plus poussées qui mobilisent davantage de ressources technologiques et humaines. Cela peut entraîner des coûts supplémentaires. Dans un système de santé basé sur la valeur, l'utilisation de ressources supplémentaires (le dénominateur dans la formule de la valeur illustrée ci-dessus) peut être justifiée si elle augmente également l'outcome (le numérateur de la formule). La prestation serait alors certes plus chère, mais elle améliorerait globalement la valeur pour le patient.

Le recours à des ressources plus importantes pour un meilleur résultat peut toutefois conduire à des conflits d'objectifs, notamment lorsque les coûts supplémentaires doivent être assumés par une institution qui ne profite pas de l'utilisation accrue des ressources. Par exemple, si un orthopédiste renonce à une opération du genou au profit d'un traitement de physiothérapie conservateur, cela signifie pour lui une perte de revenus au profit du physiothérapeute. Toutefois, dans l'ensemble, les coûts de la santé diminuent et les assurances-maladie peuvent répercuter les économies réalisées sur les patients sous la forme de primes moins élevées.

Dans cette deuxième phase d'intégration du modèle VBHC, il est donc important d'identifier et d'introduire des mécanismes de rémunération qui assurent une répartition équitable des bénéfices pour tous ceux qui ont contribué à la valeur ajoutée d'un traitement. Les économies réalisées globalement grâce à une meilleure qualité doivent également profiter à

ceux qui l'ont rendue possible en renonçant ou en prenant des mesures de qualité supplémentaires.

1.2.6 Une concurrence sur la qualité entre organisations (voir chapitre 4)

Mesurer et honorer la qualité au sein d'une organisation est une étape importante dans l'introduction de l'approche VBHC. Cela permet d'instaurer une culture d'entreprise axée sur le bien-être des patients et de récompenser les efforts engagés à cette fin.

Toutefois, au royaume des aveugles, le borgne est roi. L'analyse des données relatives à la qualité d'une seule institution permet certes d'améliorer les prestations d'année en année. En revanche, il n'est pas possible d'établir une comparaison avec la qualité d'autres institutions. Or, pour exploiter pleinement le potentiel de l'approche VBHC, c'est précisément une telle comparaison entre institutions qu'il faut viser : il faut une concurrence constructive axée sur la qualité au niveau national. Actuellement, la concurrence dans le système de santé est surtout basée sur les coûts. De même, la concurrence entre les caisses-maladie se joue principalement sur le montant des primes, qui reflètent les dépenses de santé. Il existe certes des modèles d'assurance qui favorisent une meilleure prise en charge grâce à la médecine intégrée, mais le montant des primes reste le paramètre le plus important dans le choix de l'assureur.

Une concurrence axée uniquement sur les coûts risque d'entraîner une «course vers le bas» (*«race to the bottom»*), au détriment de la qualité. Une sortie trop rapide d'un hôpital ou le fait de renoncer à un examen important peuvent certes entraîner une réduction des coûts pour l'établissement concerné, mais renchérir les coûts de la santé de manière générale. La situation dans le secteur de la santé est donc particulière dans la mesure où le lien entre les prix et la qualité (qui va de soi dans un marché libre) est mis de côté en raison de la réglementation des prix existante. Le «prix de la réglementation des prix» est défini par de mauvaises incitations en matière de qualité. Pour développer un système de santé axé sur la valeur, il faut donc revenir à un système dans lequel prix et qualité sont liés. Pour ce faire, il faut une vision globale en créant de la transparence sur la qualité et en alignant les coûts sur celle-ci.

Pour développer un système de santé axé sur la valeur, il faut revenir à un système dans lequel prix et qualité sont liés.

1.3_ Une approche bottom-up explorative : portée et limites de l'étude

Les étapes susmentionnées relatives à l'introduction du concept VBHC en Suisse le montrent : la définition d'indicateurs de qualité est un processus collaboratif et itératif. Il serait présomptueux de vouloir définir dans cette étude des indicateurs correspondants pour chaque fournisseur de prestations et pour chaque maladie. Un système de santé basé sur la valeur doit plutôt être développé et défini par ceux qui le pratiquent. En ce sens, notre étude met en évidence des pratiques et des projets pilotes

prometteurs dans le domaine des VBHC, dont les patients, les fournisseurs de prestations et les financeurs devraient s'inspirer. L'étude met également en évidence les éventuels obstacles juridiques, organisationnels et financiers qui entravent l'introduction de l'approche VBHC en Suisse. Huit mesures concrètes sont ensuite formulées pour surmonter ces obstacles. Un plan de mise en œuvre est également proposé afin de favoriser l'acceptation et la durabilité des mesures.

Fidèle au principe d'une innovation développée par le bas, plutôt que dictée par le haut, cette étude n'est pas construite comme un livre de recettes directif. Au contraire, les mesures proposées décrivent l'ajustement des conditions-cadres qui permettra de tester, rejeter ou confirmer les meilleures pratiques locales. Surtout, les mesures proposées visent à amorcer un changement de paradigme. Le système de santé doit se rapprocher de plus en plus d'un système qui rémunère la valeur plutôt que le volume des prestations et qui encourage la concurrence en matière de qualité plutôt que de coûts.

Un système de santé basé sur la valeur doit être développé et défini par ceux qui le pratiquent.

2_ Transparence de la qualité au sein des organisations

Si un violoniste souhaite s'améliorer, il doit connaître ses points forts et ses points faibles et adapter ses exercices en conséquence. La qualité d'un violoniste ne se mesure pas seulement à son doigté et à sa maîtrise de l'archet, mais aussi à sa capacité à susciter des émotions dans la salle de concert et à communier avec le public.

Les compétences techniques et émotionnelles sont également des conditions importantes pour un système de santé basé sur la valeur. Si l'on souhaite apporter des améliorations, il est essentiel de connaître la qualité des soins et les moyens mis en œuvre pour y parvenir. En Suisse, le coût des prestations est bien documenté, car il est reflété dans les factures que les fournisseurs de prestations adressent aux assureurs.³ En revanche, la qualité des résultats n'est pas saisie.

2.1_ Mesurer l'outcome avant l'input

Si l'on souhaite mesurer la qualité, il faut d'abord la définir. Or, des professionnels de santé remettent d'emblée en question cet effort de définition (Bonvin 2023). Ils estiment que la qualité ainsi que d'autres composantes essentielles de soins telles que l'empathie, la chaleur humaine et la bienveillance, ne peuvent pas être capturées par un indicateur précis.

Certains craignent également que la relève d'indicateurs ne revienne qu'à «cocher des cases». Le personnel pourrait être tenté de maximiser le résultat des indicateurs au détriment de la prise en charge holistique du patient (Larsson et al. 2022). Si l'empathie ou l'écoute des professionnels de santé sont éminemment importantes, elles ne représentent pas une fin en soi, mais un moyen pour atteindre de meilleurs résultats de soins. Le besoin de mesurer la qualité demeure. Mais cela ne change rien à la nécessité de définir et de mesurer la qualité.

Selon l'OMS, la qualité dans le système de santé est divisée en sept dimensions: une prestation doit être sûre, efficace, centrée sur le patient, opportune, efficiente, équitable et intégrée (BAG 2023d). En règle générale, la qualité est décrite à l'aide d'indicateurs de structure, qui comprennent l'infrastructure (par exemple le type d'appareils médicaux utilisés ou le nombre de lits) ou la dotation en personnel et le niveau de formation. La qualité est également rapportée à l'aide d'indicateurs de processus qui documentent les traitements effectués et leur conformité aux standards médicaux (Donabedian 1988).

Les indicateurs de structure et de processus sont certes utiles pour mieux comprendre les causes de la bonne ou de la mauvaise qualité. Tou-

3 Plus précisément, les factures reflètent les prix fixés réglementairement dans les tarifs. Cependant, les tarifs ne correspondent pas toujours aux coûts réels des fournisseurs de prestations

tefois, ce qui importe, ce sont les résultats (outcome) des traitements. En fin de compte, il ne s'agit pas de décrire le «comment», mais le «quoi», c'est-à-dire si les objectifs de santé ont été atteints ou non. Pour un diabétique, par exemple, il est moins important de savoir à quelle fréquence son taux de glycémie est mesuré (un indicateur de processus) que de réduire la probabilité de perdre la vue, d'être amputé d'un pied ou de subir un accident vasculaire cérébral (indicateurs d'outcome).⁴

La mesure de l'outcome peut être plus ou moins spécifique. Des indicateurs généraux tels que le taux d'infection ou de réhospitalisation peuvent certes fournir de premières indications concernant la qualité d'un hôpital dans son ensemble. Ils sont toutefois plutôt non spécifiques. Pour mieux exploiter le potentiel du concept VBHC, les indicateurs d'outcome doivent remplir deux conditions :

- Premièrement, les outcomes sont mesurés par maladie (par exemple le cancer du sein, la dépression ou l'arthrose du genou) et non par spécialité (par exemple la pneumologie) ou intervention (par exemple le contrôle du glucose dans le sang). Ils couvrent ainsi l'ensemble du parcours de soins du patient : la prévention, l'intervention (ou son abandon), mais aussi la rééducation et les éventuelles réinterventions. Une approche par pathologie ou par groupe cible est non seulement plus ciblée, mais elle permet d'accompagner le patient au-delà des limites d'une seule organisation. On peut ainsi optimiser l'ensemble du parcours de soins du patient.
- Deuxièmement, les indicateurs de qualité mesurent des éléments qui comptent pour le patient. Il ne s'agit pas de demandes superficielles telles qu'une deuxième chambre ou une intervention pour des raisons esthétiques. L'objectif est plutôt d'identifier des indicateurs qui décrivent le but du traitement du point de vue du patient. Si la survie à une opération et la prévention des infections sont évidemment prioritaires, d'autres aspects sont tout aussi importants. Dans le cas du cancer de la prostate, par exemple, des outcomes tels que l'incontinence ou les dysfonctionnements érectiles sont importants pour le patient. Dans le cas du cancer du sein, la perception de son propre corps revêt également une grande importance. D'autres outcomes tels que le temps de guérison, les éventuelles réopérations ou les rechutes jouent en outre un rôle important.

L'objectif est d'identifier des indicateurs qui décrivent le but du traitement du point de vue du patient.

Ce besoin de déterminer des indicateurs de qualité par pathologie et qui compte pour le patient n'est pas une particularité suisse. En 2012, l'«*International Consortium for Health Outcomes Measurement (Ichom)*» a été créé dans ce but. L'association met à disposition des indicateurs d'outcome déterminés par des comités d'experts à travers le monde. A ce jour,

4 Les indicateurs d'outcome peuvent, mais ne doivent pas nécessairement, dépendre directement de la qualité du processus. Lorsque les indicateurs de processus et de résultats sont fortement corrélés (par exemple, se laver les mains permet d'éviter les infections), les indicateurs de processus sont également pertinents (Peden et al. 2019).

les indicateurs sont disponibles pour 50 pathologies (ICHOM 2023). Ils permettent la création d'un langage commun et l'échange entre professionnels issus de plusieurs établissements et à travers le monde.

2.2_ Impliquer les patients

Si l'on souhaite placer le patient au centre du système de santé, il faut que les mesures de qualité se concentrent sur lui. Ces données peuvent bien sûr être saisies par les professionnels de santé. On parle alors de **Croms** (en anglais: *Clinician-Reported Outcome Measures*). Les Croms sont des indicateurs objectifs, car ils sont mesurés par des professionnels qui suivent un protocole établi.

Pour récolter des mesures centrées sur le patient, il est utile de l'impliquer directement. En effet, le patient est le mieux à même de transmettre sa perspective, ses préférences et ses besoins. Il peut jouer un rôle essentiel dans la mesure de la qualité dans sa capacité à donner des retours au personnel soignant sur les résultats des soins, l'expérience et sa satisfaction vis-à-vis du traitement (Calmus et al. 2021).

Le patient est le mieux à même de transmettre sa perspective, ses préférences et ses besoins.

2.2.1 Les Proms et les Prems: des instruments utiles

On distingue deux types de mesures de la qualité du point de vue du patient (voir encadré 1). D'une part, les *Patient-Reported Outcome Measures* (**Proms**) sont des informations sur «une ou plusieurs caractéristiques de l'état de santé d'un patient, exprimées directement par lui-même» (Minvielle et al. 2019). Les Proms contiennent des informations individuelles, par exemple relatives à la douleur, la fatigue ou l'anxiété. Les Proms permettent également d'évaluer les capacités fonctionnelles dans la vie quotidienne: se laver, marcher de manière autonome ou porter une charge.

D'autre part, les *Patient-Reported Experience Measures* (**Prems**) sont des informations mesurant l'expérience des soins perçue par les patients. Les Prems sont souvent réduits à tort à la mesure de satisfaction des patients. Or, ils couvrent aussi des éléments bien plus objectifs et comparables tels que la durée pour obtenir des informations ou un rendez-vous (Calmus et al. 2021).

Les Proms et les Prems permettent de récolter des données sur l'état de santé «subjectif» du patient. Toutefois, contrairement aux approches qualitatives d'entretien individuel ou de groupe de discussion, les Proms et les Prems permettent d'agrèger les informations récoltées et d'effectuer des analyses quantitatives (LaVela et Gallan 2014). Ils complètent ainsi les indicateurs cliniques (Croms) et les indicateurs de processus afin d'intégrer le point de vue du patient dans la mesure de la qualité.

2.2.2 Des avantages, mais pas une solution miracle

L'utilisation des Proms et des Prems présente des avantages à plusieurs niveaux du système de santé. Au niveau de la pratique médicale quotidienne (niveau micro), ils garantissent l'écoute du patient. Le point de

Patient-Reported Measures

Proms – Patient-Reported Outcome Measures

Les Proms sont enregistrés à l'aide de questionnaires que les patients remplissent. Ils fournissent des informations sur des résultats importants à leurs yeux tels que la douleur, la mobilité fonctionnelle ou la qualité de vie. Les questionnaires sont généralement remplis avant et après une intervention ou à plusieurs reprises au cours d'une maladie.

Il existe des Proms génériques et des Proms spécifiques. Les Proms génériques mesurent des éléments applicables à toutes les situations cliniques (Calmus et al. 2021). Des questionnaires standardisés permettent ainsi de mesurer cinq dimensions de la qualité de vie : 1) mobilité, 2) douleur, 3) anxiété et dépression, 4) autonomie et 5) activités quotidiennes (EuroQol Research Foundation 2023). Les Proms génériques sont utiles pour comparer des groupes de patients, mais ils ne contiennent pas d'informations plus détaillées sur la situation des individus en fonction de leur maladie.

Des Proms spécifiques permettent de mesurer des éléments liés à une maladie (par exemple le diabète ou le cancer du sein), à un groupe de patients (par exemple les personnes obèses ou les enfants), à des catégories de résultats (par exemple la douleur ou la mobilité) ou à des parties du corps (hanche, genou, etc.) (Calmus et al. 2021).

Premis – Patient-Reported Experience Measures

Les Premis sont recueillis grâce à des questionnaires destinés aux patients et qui permettent de récolter des informations sur leur expérience et leur satisfaction vis-à-vis du traitement. Ils permettent notamment de tirer des conclusions sur la qualité des informations reçues par le patient, l'attention portée à sa douleur, son temps d'attente ainsi que sur ses relations et interactions avec les professionnels de santé. Ainsi, les Premis sont plutôt des mesures de processus, puisqu'ils évaluent la qualité du processus de traitement du point de vue du patient (EIT Health 2020).

L'intérêt pour les expériences médicales et de soins est particulièrement grand chez les personnes atteintes de maladies chroniques, qui ont des relations à long terme avec le personnel de santé. Les Premis sont également essentiels dans le domaine des soins palliatifs, où il est question de la qualité de la dernière étape de la vie (EIT Health 2020). Ils sont également des instruments de qualité importants pour le traitement des maladies aiguës.

vue du patient est ainsi mieux pris en compte lors du choix et de la mise en œuvre du traitement (principe de la prise de décision partagée ou *shared decision making* en anglais), ce qui contribue à la relation de confiance entre le patient et le médecin. Les Proms et les Premis peuvent également compléter le diagnostic du médecin. Il arrive en effet régulièrement que le point de vue du patient diffère de celui du médecin, par exemple en ce qui concerne les évaluations de l'état de santé ou de la gravité des effets secondaires (Calmus et al. 2021).

Au niveau des institutions (niveau méso), les informations sur les patients contribuent à l'amélioration continue de la qualité. En complément d'autres indicateurs de qualité, les Proms, et dans une moindre mesure les Premis, permettent d'observer les variations de résultats au sein d'une institution ou d'un service et de formuler ainsi les meilleures pratiques. Ces mesures permettent aussi d'identifier les domaines spécialisés dans

lesquels une institution dispose éventuellement d'avantages concurrentiels ou dans lesquels la collaboration avec une autre institution pourrait être plus pertinente. Les Proms et les Prems permettent également à une institution de documenter et de communiquer ses efforts relatifs à la qualité d'éléments importants aux yeux des patients.

Au niveau du système de santé (niveau macro), la saisie systématique d'outcomes centrés sur le patient améliore la qualité globale, pour autant que les données soient transparentes, partageables et partagées (voir chapitre 4). Les Proms et les Prems contribuent notamment à la collaboration et à l'interdisciplinarité en cassant les silos entre les domaines de prise en charge des soins. Ils ne se limitent pas à une intervention particulière (par exemple à une opération de la hanche) mais évaluent le résultat pour le patient avant, pendant et après une intervention. Dans le cadre de maladies chroniques, où un traitement sur la durée est nécessaire, les Prems gagnent en intérêt, car il s'agit moins de guérir la maladie que de mieux vivre avec.

De nombreuses études démontrent l'efficacité des Proms et des Prems (Arditi 2019; Calmus et al. 2021). Ainsi, la littérature identifie une amélioration du diagnostic et du traitement des patients. Les Proms et les Prems ont également des répercussions positives sur les processus de soins, notamment sur la communication et l'interaction avec les patients et entre les professionnels (Greenhalgh et al. 2018; Kotronoulas et al. 2014; Lordon et al. 2020; Yang et al. 2018). Enfin, le recours aux Proms entraîne une plus grande satisfaction des patients (Chen et al. 2013).

La saisie systématique de Proms et Prems a toutefois ses limites. En raison de leur nature subjective, les résultats peuvent être biaisés. Les facteurs qui peuvent jouer un rôle sont par exemple l'humeur du patient, son statut socio-économique ou encore l'interaction avec le personnel de santé (Kluzek et al. 2022). L'engagement (à long terme) du patient peut également s'essouffler, lorsque l'intervention médicale est terminée et que la saisie des Proms et des Prems n'a plus d'utilité immédiate pour lui. Il en va peut-être de même pour la motivation des professionnels de santé qui doivent recueillir des données à long terme.

Les Proms et les Prems contribuent à la collaboration et à l'interdisciplinarité en cassant les silos entre les domaines de prise en charge des soins.

2.2.3 La mesure de la qualité centrée sur les patients n'en est qu'à ses débuts

Mesurer des critères de qualité plaçant le patient au centre est une condition essentielle pour instaurer le concept VBHC.

Or, en Suisse, de telles mesures de l'outcome sont encore peu répandues. Certes, certains indicateurs de structure et de processus sont saisis dans le domaine hospitalier, mais la mesure de l'outcome du point de vue du patient n'en est encore qu'à ses débuts (voir tableau 1). Un aperçu détaillé de l'état de la mesure de la qualité en Suisse se trouve en annexe.

Tableau 1

Peu de mesure de l'outcome du point de vue du patient en Suisse

Si certains indicateurs de structure et de processus sont saisis dans le domaine hospitalier, la mesure de l'outcome du point de vue du patient n'en est encore qu'à ses débuts.

Domaine	Structure	Processus	Outcome		
			Croms	Proms	Prems
Stationnaire					
Soins somatiques aigus	■	■	■	■	■
Psychiatrie	■	■	■	■	■
Réadaptation	■	■	■	■	■
EMS	■	■	■	■	■
Ambulatoire					
Cabinets médicaux	■	■	■	■	■
Spitex	■	■	■	■	■

Diffusion de la mesure de la qualité: ■ = élevée ■ = moyenne ■ = faible

Source: propre représentation (voir détails à l'annexe)

En matière de Croms, plusieurs études pointent du doigt les lacunes en Suisse (OECD 2011; PwC 2022; Vincent et Staines 2019). D'autres pays sont bien plus développés que le nôtre à cet égard. Au Royaume-Uni, 93% des médecins examinent les résultats cliniques de leurs patients au moins une fois par an. Aux Pays-Bas, ce chiffre s'élève aussi à 93% et en France à 57%. En Suisse, les Croms ne sont examinés que par 35% des médecins (Obsan 2023).

Concernant les Proms et les Prems, la situation varie selon les secteurs. En milieu stationnaire, à savoir les hôpitaux de soins aigus, les cliniques psychiatriques, les cliniques de réadaptation et les établissements médicaux-sociaux (EMS), les mesures d'outcome sont plus développées que dans le secteur ambulatoire. Les raisons sont multiples. Premièrement, il est plus facile de récolter des données dans le domaine stationnaire, car le patient reste en général plusieurs jours dans un établissement. Puis, le financement de la collecte des données est reflété dans les tarifs. Deuxièmement, il existe un cadre juridique pour la saisie de données dans les établissements hospitaliers. Depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012, tous les fournisseurs de prestations stationnaires sont tenus de recueillir des données sur les coûts et la qualité de leurs prestations (voir art. 49 LAMal et art. 59a LAMal). Les données saisies, en partie des Croms et des Prems⁵, sont consolidées et publiées par l'ANQ. Les EMS sont aussi légalement tenus de saisir six indicateurs d'outcome, dont un indicateur Proms.⁶

5 Il s'agit de savoir si le patient a pu poser des questions ou si on lui a expliqué de manière compréhensible à quoi servent les médicaments qu'il doit prendre à la maison.

6 La mesure est organisée en quatre thèmes: (1) limitation de la liberté de mouvement, (2) malnutrition, (3) polymédication et (4) douleur. En ce qui concerne le dernier indicateur, une auto-évaluation par le patient est prévue.

A ces mesures de qualité prévues par la loi s'ajoutent d'autres initiatives locales. Les impulsions correspondantes viennent du bas (donc «bottom-up»), à savoir des institutions elles-mêmes : l'hôpital universitaire de Bâle (USB) joue ici un rôle de pionnier. Depuis 2017, cet établissement a progressivement introduit 14 ensembles d'indicateurs de qualité (selon les standards ICHOM, voir chapitre 2.1) pour des domaines tels que l'orthopédie, l'oncologie et diverses maladies chroniques. Jusqu'à présent, plus de 6000 patients ont été intégrés dans le programme (Rüter 2022). Il convient également de mentionner le partenariat initié en 2020 entre l'USB et Roche concernant la saisie des Proms. Ceux-ci doivent être récoltés auprès des patients atteints de cancer du poumon, les données anonymisées étant transmises à l'entreprise pharmaceutique afin de développer des thérapies personnalisées (Meier 2020). D'autres hôpitaux utilisent également les Proms dans le cadre de la mesure de la qualité, comme l'Hôpital de La Tour à Genève (Hôpital de La Tour 2021a), où plusieurs services (notamment l'orthopédie) intègrent les Proms dans leur travail quotidien.

Des exigences pour une meilleure orientation des patients existent également au niveau cantonal. Depuis 2019, le canton de Zurich exige de tous les hôpitaux figurant sur la liste cantonale des hôpitaux qu'ils prélèvent des Proms pour les patients ayant une prothèse de la hanche ou du genou (Kanton Zürich 2019). Les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Soleure imposent également aux hôpitaux sur les listes hospitalières de prélever des Proms (Kanton Basel 2021).

Enfin, la Commission fédérale pour la qualité a lancé en 2022 un projet pour le développement et l'utilisation de Proms (Bundesrat 2022b) et participe au projet PARIS de l'OCDE, qui consiste à recueillir les outcomes et les expériences de patient atteints de maladies chroniques (OECD 2023).

2.2.4 Peu de mesures de la qualité en ambulatoire

Dans le secteur ambulatoire, aucun indicateur d'outcome n'est récolté systématiquement à l'échelon national (Bundesrat 2015; Vincent et Staines 2019). Les rares informations recensées se réduisent aux structures et aux processus de soins. Les réseaux de médecins tels que Delta, Medix ou Sanacare, qui recueillent des données sur le respect des guides de pratique clinique (ou guidelines) ou la polymédication, sont les plus avancés en matière de mesure de la qualité. Des assureurs tels qu'Helsana ont également développé, en collaboration avec des fournisseurs de prestations, des indicateurs de qualité pour les soins ambulatoires, notamment sur l'adhésion aux guidelines, sur la base des prestations facturées (Blozik et al. 2018).

La récolte de données Proms dans le secteur ambulatoire ne convainc pas non plus. Seuls 8 % des médecins saisissent des données sur la qualité à l'aide de Proms en Suisse (Pahud et Dorn 2023), contre 57 % en Grande-Bretagne et 24 % aux Pays-Bas. Le développement et l'intégration des Proms en Suisse n'en sont donc qu'à leurs débuts. Dans le domaine des

Les impulsions correspondantes viennent du bas (donc «bottom-up»), à savoir des institutions elles-mêmes : l'hôpital universitaire de Bâle (USB) joue ici un rôle de pionnier.

soins ambulatoires de base en particulier, ces derniers sont utilisés jusqu'à présent tout au plus à des fins scientifiques (Stahl et al. 2021).

Néanmoins, on observe des initiatives ponctuelles dans le secteur ambulatoire. Par exemple, la Fondation Equam (2023) met à disposition des standards de qualité pour les cabinets médicaux ainsi que pour des maladies souvent traitées en ambulatoire telles que le diabète, l'hypertension ou les maladies coronariennes. Ces standards concernent notamment les processus (contrôles réguliers et documentation compréhensible), les structures (formation continue, logiciels informatiques) et sont progressivement complétées par des résultats cliniques (degré d'atteinte des valeurs cliniques cibles pour les patients diabétiques et souffrant d'hypertension). Dans le cadre des certifications Equam, les Proms sont systématiquement recueillis à l'aide d'un instrument d'enquête reconnu au niveau international (Europep). Des Proms seront également bientôt proposés aux médecins de premier recours.

En collaboration avec la ZHAW, Equam a également participé à un projet de Proms en médecine de famille (Stahl et al. 2021). En 2020, l'ANQ a en outre lancé un projet pilote de mesure de la qualité des soins, dont les Proms et les Prems, dans le secteur ambulatoire des hôpitaux de soins aigus.

2.3_ Les éléments essentiels pour la mesure systématique de la qualité

La nécessité de mesurer l'outcome dans le système de santé est soulignée depuis des décennies et n'est que marginalement contestée. Les projets pilotes décrits ci-dessus témoignent d'un intérêt croissant pour cette approche. Toutefois, les initiatives restent ponctuelles et timides. Pourquoi donc une mesure systématique de la qualité des soins de santé ne s'est-elle pas encore établie à plus grande échelle? Les professionnels de santé évoquent plusieurs obstacles.

L'objection la plus commune concerne le manque de temps. Les médecins et les infirmières se plaignent souvent d'une charge administrative déjà chronophage qui les éloigne des patients. La récolte d'informations supplémentaires sur la qualité est perçue comme une charge supplémentaire.

La saisie des indicateurs d'outcome est parfois aussi perçue comme un instrument de contrôle. En effet, la transparence sur les différents outcomes au sein d'une institution peut révéler des différences de performance et ainsi, le cas échéant, remettre en question les rapports de force au sein d'un collègue ou d'une équipe. En revanche, la mesure d'indicateurs de structure ou de processus est beaucoup moins menaçante. Ils peuvent même, dans certaines circonstances, être utilisés par les fournisseurs de prestations pour se décharger en cas d'erreurs de traitement et de plaintes engageant la responsabilité civile.

Les projets pilotes décrits témoignent d'un intérêt croissant pour cette approche. Toutefois, les initiatives restent ponctuelles et timides.

La récolte d'indicateurs de qualité implique également une charge financière. Il faut en effet pouvoir dégager des ressources pour récolter et traiter les données ainsi que pour former les collaborateurs au recensement. A ce titre, l'absence d'un système informatique adéquat, sans parler d'un dossier électronique du patient commun, représente un obstacle supplémentaire. Afin d'éliminer ces obstacles à la mise en œuvre de mesures de l'outcome et de jeter ainsi les bases d'un système de santé axé sur la valeur en Suisse, nous proposons trois mesures dans les sous-chapitres suivants.

La récolte d'indicateurs de qualité implique également une charge financière.

2.3.1 La qualité, un avantage concurrentiel

La mesure de l'outcome apporte une valeur au patient, mais aussi aux professionnels de santé et aux institutions.

Les organisations qui mesurent l'outcome peuvent communiquer activement sur la qualité de leurs résultats. Elles sont en mesure d'attirer l'attention sur leur traitement qui place le patient au centre et de vanter leurs compétences. La communication appropriée ne doit pas se limiter aux patients, mais peut également s'adresser aux spécialistes qui réfèrent leurs patients.

Une communication active permet également aux institutions de santé de se différencier sur le marché du travail. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, se positionner comme un établissement orienté sur la qualité et centré sur les patients peut être un argument de recrutement important. Suivre l'outcome tout au long du parcours de soins du patient et s'en servir comme base pour convenir des traitements avec les patients constitue une motivation supplémentaire pour le personnel. Dans un système de santé fragmenté en raison de la spécialisation croissante, la vue d'ensemble du parcours de soins du patient contribue à un environnement de travail qui a du sens.

Du point de vue clinique comme de celui des patients, la mesure de la qualité renforce également la position de négociation des institutions vis-à-vis des assureurs et des autorités. Démontrer sa valeur ajoutée permet non seulement de mettre en œuvre de nouveaux modèles de financement (voir chapitre 3), mais fournit également des données permettant de contrer les réductions arbitraires de tarifs. Ainsi, jusqu'à présent, tant les assurances-maladie que l'Etat utilisent principalement des benchmarks axés sur les coûts (par exemple pour les tarifs hospitaliers ou pour déterminer le financement résiduel dans les EMS ou les organisations d'aide et de soins à domicile). La transparence sur la qualité des outcomes peut être un instrument permettant de justifier les dépenses ou de documenter les effets d'éventuelles réductions financières.

Dans tous les cas, la transparence sur la qualité et ses coûts devrait prendre une importance croissante dans les débats politiques. Lorsque les coûts augmentent, le régulateur est toujours tenté d'intervenir dans le secteur de la santé de manière dirigiste et bureaucratique. Sans la pos-

sibilité de documenter la valeur ajoutée de leurs prestations, il sera difficile pour les acteurs du système de santé de justifier des structures et des processus bien rodés ou de repousser des projets de réglementation peu ciblés. Seule la preuve de qualité protège contre des décisions politiques arbitraires.

2.3.2 Le devoir des sociétés médicales

S'orienter vers la valeur pour les patients ne signifie pas que seuls les patients ou leurs représentants politiques doivent définir la qualité. La détermination de la valeur doit se faire à l'aide d'indicateurs qui ont fait leurs preuves sur un plan médical et empirique. A cet égard, les sociétés médicales ont un rôle clé à jouer. Elles disposent des connaissances nécessaires pour définir des indicateurs pertinents, qui peuvent également être recueillis dans la pratique quotidienne avec un investissement (de coût) raisonnable. Pour ce faire, elles utilisent leurs liens existants avec des organisations spécialisées et des sociétés médicales à l'étranger.

De plus, les sociétés médicales garantissent une homogénéisation des indicateurs. Actuellement, différents critères de qualité sont élaborés de manière décentralisée. L'avantage de cette approche exploratoire est que les *early adopters* peuvent progresser rapidement sans devoir attendre un consensus de la branche.

A long terme pourtant, la diversité des critères et des standards de qualité rend difficile la comparaison entre les différentes institutions. Tôt ou tard, les sociétés médicales auront donc pour tâche d'harmoniser les initiatives ponctuelles en uniformisant les critères de mesure et les protocoles de saisie. Une telle harmonisation de spécialistes à spécialistes favorise en outre les écosystèmes de données qui sont importants pour la recherche. Elles permettent en outre d'identifier les meilleures pratiques parmi les membres (voir chapitre 4). En fin de compte, ce sont aussi les sociétés médicales qui disposent des compétences et de la crédibilité nécessaires pour émettre des recommandations et offrir aux spécialistes un soutien dans la mise en œuvre de processus d'amélioration de la qualité.

Par ailleurs, l'implication directe des sociétés médicales est un moyen d'obtenir l'intérêt et le soutien des professionnels de santé pour une mesure des résultats. Les sociétés médicales ont la compétence et la crédibilité nécessaires pour proposer des mesures de qualité qui soient pertinentes.

Si les indicateurs de qualité sont imposés par le régulateur (Confédération ou canton) ou les financeurs (assurances-maladie ou Etat), ils risquent d'être perçus, dans le meilleur des cas, comme une chicane administrative, voire comme un moyen d'évaluer unilatéralement les prestations. Il est donc dans l'intérêt des acteurs concernés de ne pas laisser l'initiative de la mesure des outcomes leur échapper.

Cela peut paraître trivial, mais l'expérience montre que cela n'a pas toujours été le cas et que l'Etat s'est déjà engouffré dans la brèche par le

Les sociétés médicales ont la compétence et la crédibilité nécessaires pour proposer des mesures de qualité qui soient pertinentes.

passé. Un exemple : l'introduction de listes d'interventions chirurgicales à réaliser en ambulatoire plutôt que dans le stationnaire. Malgré les nombreuses études qui démontreraient tant la pertinence médicale que les avantages financiers de ce virage ambulatoire, les sociétés médicales sont restées passives, car le statu quo était plus intéressant financièrement pour leurs membres et pour les hôpitaux. L'Etat, tout d'abord le canton de Lucerne en 2017, puis 14 cantons⁷ par la suite, et finalement l'OFSP en 2023 ont édicté alors 18 interventions à pratiquer en ambulatoire (GDK 2022). Une coopération, sous l'égide des sociétés médicales, aurait été préférable pour éviter un diktat étatique.

Il va de soi que, même sous la direction des sociétés médicales, les patients doivent être impliqués dans la définition des mesures de qualité, dans un système de santé qui les place au centre, en particulier pour la définition des Proms et des Prems. Aux Pays-Bas, par exemple, la clinique Santeon encourage les patients à toujours venir accompagnés d'un proche afin de discuter ensemble, indépendamment du résultat, des premiers résultats du dépistage du cancer. Cette pratique a été introduite après les retours de patients qui ont dû traverser seuls cette expérience difficile et qui se sont sentis dépassés par la situation après le diagnostic (Häusler et al. 2022).

Il va de soi que, même sous la direction des sociétés médicales, les patients doivent être impliqués dans la définition des mesures de qualité.

En plus des sociétés médicales, les organisations de patients et de consommateurs peuvent également contribuer à l'introduction des mesures d'outcomes en sensibilisant leurs membres à cet aspect. En organisant des activités autour de la thématique du choix de la caisse-maladie (articles, comparaisons en ligne, interventions parlementaires, etc.), ces organisations peuvent contribuer à créer une dynamique qui signale aux fournisseurs de prestations et à leurs financeurs l'importance des efforts en matière de qualité.

2.3.3 La qualité comme déterminant du tarif

A long terme, l'amélioration de la qualité des soins doit permettre de réduire les dépenses de santé. Toutefois, la mesure de la qualité s'accompagne de coûts directs pour les fournisseurs de prestations.

Pour décider qui doit assumer les coûts de la saisie des indicateurs, il faut clarifier qui en profite. Le patient reçoit un traitement qu'il estime d'une qualité optimale, l'institution médicale peut se différencier sur le marché et les assurés en bonne santé bénéficient d'une baisse des coûts de la santé et donc de primes moins élevées.

Une négociation au niveau des partenaires tarifaires semble être la voie la plus pragmatique pour déterminer la répartition des coûts et des bénéfices. On peut imaginer qu'une seule assurance élabore un nouveau tarif avec un seul fournisseur de prestations. Il serait également possible de mener cette négociation entre les associations faîtières.

7 Après le canton de Lucerne en 2017, les cantons de Schaffhouse, du Valais, de Zoug, de Zurich, de Bâle-Ville, du Jura et de Neuchâtel ont suivi en 2018, Nidwald en 2019, Soleure et Schwyz en 2020, Berne et Bâle-Campagne en 2021 et St-Gall en 2022 (GDK 2022).

A l'inverse d'un financement intégré dans le tarif, certains réclament une contribution de l'Etat pour la collecte des indicateurs de qualité. Les partisans d'une telle solution argumentent que le travail supplémentaire est exigé par la loi. La LAMal (art. 59a) prévoit en effet que les fournisseurs de prestations présentent à l'OFSP des indicateurs de qualité pour déterminer l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique d'un traitement.

Cet argument n'est toutefois pas recevable. Dans d'autres secteurs, l'Etat exige aussi d'apporter la preuve d'une qualité minimale. Pensons aux données concernant les émissions des moteurs de voiture ou encore aux preuves de la lutte contre le blanchiment d'argent dans le secteur bancaire. Or, malgré l'obligation légale de livrer ces données à l'Etat, aucune manne publique n'est engagée pour financer cette tâche. Cette logique s'applique également au secteur de la santé: la collecte d'indicateurs de qualité dans les hôpitaux et leur transmission à l'ANQ, ainsi que la collecte de données dans les EMS à l'intention de l'Office fédéral de la statistique ne sont pas indemnisées séparément par l'Etat.

Le rejet d'un financement public ne signifie pas pour autant que les coûts engendrés par les mesures de l'outcome ne doivent pas être pris en compte lors des négociations des tarifs. Contrairement à la position du Conseil fédéral, qui considère que les mesures actuelles et futures de la qualité sont déjà incluses dans les tarifs existants (BAG 2022), les partenaires tarifaires devraient conserver une autonomie totale dans ce domaine. Ils devraient pouvoir négocier entre eux quelles (nouvelles) mesures de qualité et quelles mesures de développement de la qualité doivent être reflétées dans les tarifs.

<i>Mesure 1</i>
La société médicale, et non l'Etat ou les assureurs, définit les indicateurs par maladie et assure le suivi technique.
<i>Mesure 2</i>
Les coûts de mesure de la qualité doivent être couverts par les tarifs et non par l'Etat.
<i>Mesure 3</i>
Une autonomie totale doit être accordée aux partenaires tarifaires en matière d'indemnisation de la mesure et du développement de la qualité.

3_ Modèles de financement basés sur la valeur

Un système de santé basé sur la valeur doit structurer le parcours de soins du patient en fonction de ses besoins. Or, l'organisation actuelle est plutôt la conséquence de structures historiques qui se sont développées au fil du temps et qui favorisent le travail en silos, par exemple par secteur (stationnaire, ambulatoire) ou par spécialité (p. ex. cardiologie, pneumologie).

De plus, l'absence de plateformes numériques interopérables limite l'échange d'informations entre les fournisseurs de prestations : il est difficile d'avoir une vue d'ensemble du parcours de soins d'un patient. Il en résulte un risque de doublons ou de soins insuffisants, ce qui peut nuire à la fois au patient et au système de santé dans son ensemble. Selon plusieurs rapports d'experts, jusqu'à 20 % des coûts de la santé sont imputables à des inefficiences ainsi qu'à des prestations inutiles (Brunner et al. 2019 ; Expertengruppe 2017).

Enfin, dans le système actuel, ce sont surtout des prestations individuelles qui sont remboursées.⁸ Il y a peu d'incitations à investir dans la qualité si les «dividendes» de ces investissements reviennent à des étapes de traitement ultérieures en dehors de l'institution. Il n'y a donc pas non plus d'incitation à investir dans la prévention. En Suisse, seuls 4 % des dépenses totales de santé sont consacrées à cette dernière (BFS 2022).

Tant sur le plan organisationnel que financier, ce sont souvent les intérêts des différentes institutions qui priment sur ceux des patients. Il faut donc davantage de modèles de financement qui favorisent la valeur ajoutée pour le patient tout au long du parcours de soins, et ce, de la prévention aux soins de longue durée.

3.1_ Le point de vue des patients grâce aux soins intégrés

La coordination des fournisseurs de prestations tout au long du parcours de soins du patient est une condition importante pour améliorer la valeur du système de santé. Les organisations de soins intégrés offrent une possibilité à cet égard. Aussi appelées «soins coordonnés» ou «managed care», on peut les définir comme «l'ensemble des processus visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients dans toute la chaîne de traitement» à travers la coordination des activités (BAG 2022c).

Ainsi, l'outcome peut être optimisé, car seuls les traitements nécessaires pour le patient sont effectués et les interventions inutiles sont évitées. La coordination des soins n'est pas seulement importante pour les interventions individuelles. Elle est aussi particulièrement pertinente pour le trai-

⁸ Les financements par forfait tels que le SwissDRG récompensent également la réalisation de certains ensembles d'interventions.

tement des malades chroniques qui implique souvent plusieurs fournisseurs de prestations. Dans de tels modèles d'organisation, disposer d'une vue d'ensemble sur le patient facilite en outre le choix de mesures de prévention appropriées.

Les soins intégrés facilitent également la saisie de données sur l'outcome et les coûts, non seulement pour un traitement ponctuel, mais aussi pour l'ensemble du parcours de soins du patient. Cela contraste avec la situation actuelle, dans laquelle les fournisseurs de prestations ne peuvent souvent observer la qualité qu'au sein de leur propre organisation. Les ambulanciers, par exemple, ne reçoivent aucune d'information sur le résultat de leur prise en charge une fois qu'ils ont déposé le patient aux urgences. Ils ne peuvent donc pas savoir si leur intervention était appropriée. Après une opération de la hanche, le chirurgien ne reçoit souvent aucun retour sur la rééducation si celle-ci a lieu dans une autre institution. Dans certains cas, il ne sait même pas que le patient se fait réviser sa prothèse dans un autre hôpital.

Seule une vue d'ensemble du parcours de soins du patient permet d'identifier les mesures susceptibles de créer une véritable valeur ajoutée pour les patients. Seule la collaboration permet de définir des protocoles pour la collecte et l'analyse des outcomes, au-delà des silos existants. Il est ainsi possible de développer des mesures de la qualité, même dans un secteur ambulatoire très fragmenté.

3.2_ Des projets éprouvés et novateurs en Suisse

Depuis les années 1990, de nombreuses organisations de soins intégrés se sont développées en Suisse. Selon l'Obsan, on en comptait 162 en Suisse en 2016, dont la moitié ont été créées entre 2010 et 2016 (Schusselé Fillietaz et al. 2017).

Les modèles ou le degré d'intégration des soins varient fortement. Ainsi, les soins intégrés peuvent consister en un partenariat entre établissements ou être mis en place au sein d'une institution. Ils visent à traiter une pathologie spécifique (p. ex. le cancer du sein ou les douleurs dorsales) ou un groupe de patients particulier (les personnes âgées fragiles). Les modèles de soins intégrés les plus développés en Suisse sont les centres de santé⁹ («Health Maintenance Organisation», HMO) et les réseaux de médecins avec contrats d'assurance (voir encadré 2). Sur les plus de 7300 médecins de premier recours enregistrés, 77 % sont membres d'un réseau de médecins ou employés dans un cabinet de groupe (fmc 2023).

Sur les plus de 7300
médecins de premier
recours enregistrés,
77 % sont membres
d'un réseau de méde-
cins ou employés dans
un cabinet de groupe.

⁹ Par centres de santé, on entend des cabinets de groupe qui regroupent les principaux services de soins de premiers recours sous un même toit. Le fait qu'ils soient regroupés dans un même établissement favorise la communication et la coordination entre les disciplines.

Les réseaux de médecins, pionniers des soins intégrés en Suisse

Les premières initiatives de soins intégrés en Suisse ont consisté à créer des réseaux de médecins. Ceux-ci associent des médecins généralistes et des spécialistes indépendants, ou regroupés dans un cabinet de groupe.

La plupart des réseaux fonctionnent selon le modèle de «médecin de famille», ce qui signifie que le médecin de famille est le premier point de contact auquel le patient s'adresse en cas de problème de santé. Les réseaux élaborent des guidelines et organisent des cercles de qualité auxquels les médecins participent. Ils ont accès aux données et aux expériences des autres membres. Les réseaux gèrent l'interface avec les assureurs et concluent des contrats de financement avec eux.

Trois réseaux de médecins comptent parmi les pionniers en Suisse :

Sanacare: Fondée en 1990, cette organisation réunit 260 professionnels de santé et 120 000 patients dans 13 cabinets de groupe en Suisse alémanique. Sanacare fait partie des membres fondateurs de la fondation Equam, une organisation de certification pour la qualité des cabinets médicaux. (Sanacare 2023)

Réseau Delta: Fondé en 1992 à Genève, le réseau Delta réunit près de 1000 médecins généralistes qui exercent de manière indépendante dans leurs cabinets et s'engagent à participer à des cercles de qualité. Les médecins sont actionnaires de l'organisation. Le réseau est présent dans les cantons de Genève, Vaud, Valais, Fribourg et Jura. Il compte plus de 310 000 assurés affiliés. (Schaller 2023)

Medix: Le réseau a été créé en 1998. Il est présent dans toute la Suisse et fonctionne selon le modèle de «médecin de famille», mais intègre également d'autres spécialités dans ses cabinets de groupe. Les médecins participent à des cercles de qualité. Medix est également membre fondateur de la fondation Equam. (MediX 2023)

3.2.1 Les modèles d'assurance alternatifs en plein essor

Le travail de coordination et la garantie de la qualité au sein d'un réseau de soins ne sont pas gratuits. Le financement est assuré notamment grâce à la conclusion de contrats particuliers avec les assurances maladie et s'ajoute aux prestations indemnisées selon les tarifs de l'AOS. La rémunération supplémentaire se compose généralement d'un forfait par assuré pour la gestion du réseau. En outre, elle comprend souvent une composante variable liée aux résultats, qui dépend d'objectifs d'efficacité et de qualité. En 2022, 78 réseaux de médecins et cabinets de groupe avaient conclu un tel contrat avec une assurance (fmc 2023).

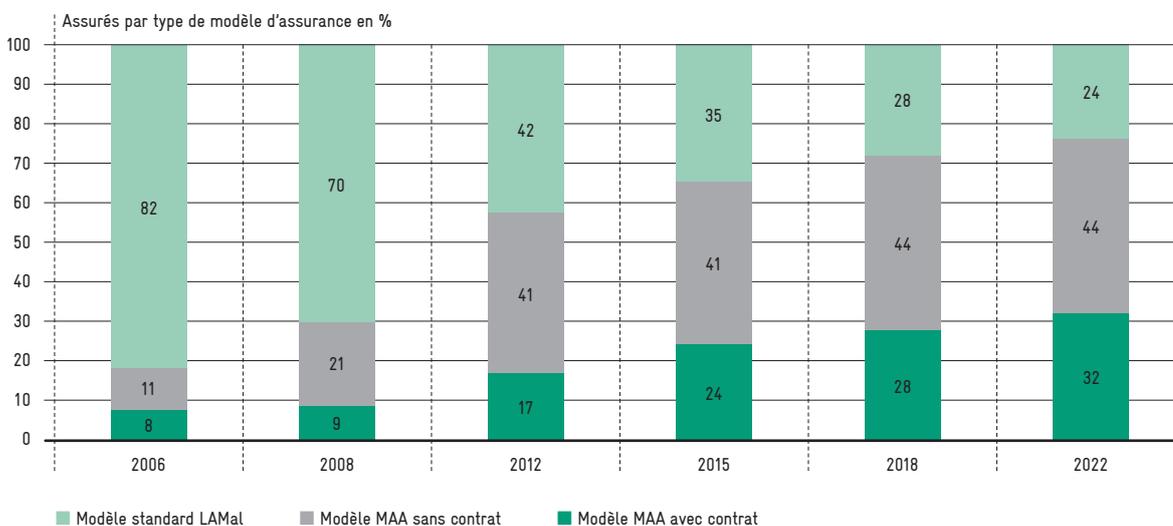
Les assurances profitent également des soins intégrés. Grâce à la bonne gestion du réseau, des économies sont réalisées et répercutées sur les assurés sous forme de rabais sur les primes dans le cadre de modèles d'assurance alternatifs (MAA). Ce rabais est soumis à des prescriptions légales et ne peut dépasser 20 % par rapport au modèle d'assurance standard au cours des cinq premières années suivant le lancement du produit MAA. Le rabais peut ensuite être plus élevé si l'assureur démontre des économies de coûts plus importantes (art. 101 OAMal).

Dans les modèles d'assurance alternatifs, le choix des fournisseurs de prestations par les assurés est limité. Dans certains cas, les assurés doivent

Figure 3

En Suisse, de plus en plus de réseaux de soins avec contrat d'assurance se développent

Dans le cadre des modèles d'assurance alternatifs (MAA), les assurés bénéficient de primes plus basses s'ils limitent volontairement le choix des fournisseurs de prestations. Ces modèles ont quadruplé entre 2006 et 2022.



Source : fmc (2023)

choisir un médecin de famille ou un cabinet de groupe sous contrat avec l'assurance (modèles HMO ou modèles de médecin de famille avec contrat).

Il existe également des MAA qui exigent un premier contact avec un médecin figurant sur une liste proposée par l'assurance-maladie, même si le médecin n'a pas conclu de contrat avec l'assurance (modèle du médecin de famille sans contrat). Une autre variante est celle des modèles de «télémédecine», dans lesquels un premier contact (par téléphone ou via une application numérique) avec un centre de conseil médical est obligatoire avant de pouvoir consulter un médecin.

Dans tous les cas, le médecin de famille, le cabinet de groupe ou le centre de consultation fait office de premier point de contact («gatekeeper»), qui procède à une première évaluation et oriente le patient vers un spécialiste si nécessaire. Le gatekeeper coordonne le parcours de soins du patient (Djalali et Rosemann 2015).¹⁰

La part des modèles alternatifs HMO et des modèles de médecin de famille avec contrat ne cesse d'augmenter. Entre 2006 et 2022, ils ont quadruplé, passant de 8 % à 32 %. Durant la même période, la part des modèles de télémédecine et des modèles de médecin de famille sans contrat a également quadruplé, passant de 11 % à 44 % (voir figure 3).

¹⁰ Dans le cadre des modèles sans contrat, les patients bénéficient des effets positifs du réseau, même si les médecins figurant sur ces listes n'ont pas conclu de contrat avec les assurances de ces patients et ne sont donc pas indemnisés pour cela. En général, les médecins ne traitent pas les assurés d'un modèle de gatekeeper simple différemment de ceux au sein d'un réseau de médecins (Huber et al. 2020; Reich et al. 2017).

Alors qu'à l'origine, le corps médical était sceptique face aux modèles d'assurance alternatifs avec choix limité des fournisseurs de prestations et luttait parfois contre avec véhémence, ces modèles représentent aujourd'hui la nouvelle norme. En 2021, 76 % des assurés étaient assurés dans un MAA (BAG 2023e). Du côté des assurés, la demande de MAA s'explique en premier lieu par les réductions de primes qu'elles permettent. Toutefois, l'importance croissante de ces modèles illustre également le succès de la collaboration entre les médecins et les assurances-maladie.

3.2.2 Une rupture culturelle dans le système de santé

Outre les modèles d'assurance alternatifs avec réseaux de soins, de plus en plus d'initiatives voient le jour afin d'optimiser la valeur pour les patients tout au long du parcours de soins. Elles se caractérisent avant tout par une collaboration accrue entre les fournisseurs de prestations, les assureurs et les cantons (voir encadré 3).

Cette nouvelle forme de collaboration correspond à une sorte de révolution culturelle dans l'organisation habituellement très rigide du système de santé. Jusqu'à présent, de nombreux fournisseurs de prestations considéraient les assurances-maladie comme des organes de facturation contrôlant méticuleusement leurs activités. De l'autre côté, les assureurs se méfiaient de certains prestataires et les soupçonnaient de présenter sciemment des décomptes incorrects. Aujourd'hui, les partenaires tarifaires travaillent ensemble dans des projets de soins intégrés ou au sein de sociétés créées à cet effet. Ces acteurs ne sont désormais pas seulement assis à la même table, mais du même côté de la table. Dans certains cas, des représentants des cantons coopèrent même avec les fournisseurs de prestations et les assureurs, alors que l'on estimait généralement que les cantons jouaient principalement un rôle de surveillance des partenaires tarifaires.

Ainsi, dans le domaine hospitalier, il existe des projets pilotes pour des tarifs liés à la qualité. Le projet «Pay for patient value», lancé en 2020 par l'Hôpital universitaire de Bâle, l'Hôpital de La Tour et le Groupe Mutuel, vise à développer des tarifs en orthopédie pour les implants de prothèse de hanche et en oncologie pour le traitement du cancer de la prostate (Hôpital de La Tour 2021b). Un autre projet intitulé «Patient Empowerment Initiative», est mené par l'Hôpital universitaire de Bâle, l'Hôpital cantonal de Winterthur et les assureurs CSS et Swica, et soutenu par la société de conseil PwC. Ici, l'accent est mis sur des tarifs hospitaliers dépendant de la qualité pour l'arthrose articulaire et le cancer de la prostate (KSW 2021).

De nouveaux projets sont également lancés et contribuent à faire tomber les frontières entre les institutions ambulatoires et stationnaires (voir encadré 3). En misant sur l'amélioration de la qualité et de la prise en charge générale, les fournisseurs de prestations peuvent se démarquer de la concurrence afin d'attirer à la fois les patients et les collaborateurs. Grâce à une meilleure prise en charge des patients tout au long de leur parcours,

Aujourd'hui, les partenaires tarifaires travaillent ensemble dans des projets de soins intégrés ou au sein de sociétés créées à cet effet. Ces acteurs ne sont désormais pas seulement assis à la même table, mais du même côté.

Les fournisseurs de prestations et les assurances-maladie s'associent désormais

Les initiatives de soins intégrés impliquent non seulement les fournisseurs de prestations, mais aussi les assureurs et les cantons. L'intégration se fait de plus en plus au niveau régional, mais également en ligne grâce à des plateformes numériques.

Intégration régionale

Trio+

Le projet «Trio+» a été lancé en 2022 dans la région de Winterthur par l'assureur Swica, Medbase (fournisseur de prestations ambulatoires) et l'hôpital cantonal de Winterthur (fournisseur de prestations stationnaires). Il vise à soutenir le patient tout au long de son parcours de soins en évitant les erreurs de communication et le manque de coordination, ainsi qu'en renforçant la collaboration entre les secteurs stationnaire et ambulatoire (Swica 2022).

Réseau de l'Arc

Le Réseau de l'Arc est une collaboration inédite entre le groupe de cliniques privées Swiss Medical Network, le groupe d'assurances Visana et le canton de Berne. Dès 2024, les partenaires proposeront des prestations médicales intégrées (de la prévention aux soins de longue durée) avec un produit d'assurance-maladie. Le financement du réseau se fera uniquement sur la base d'un forfait par personne assurée («full capitation»). Les fournisseurs de prestations ne seront donc plus rémunérés par prestation individuelle (avec SwissDRG ou Tarmed).

Avec un tel modèle de financement, comme le pratique déjà aujourd'hui par exemple Kaiser Permanent aux Etats-Unis, il s'agit de créer des incitations, pour maintenir les assurés en bonne santé et éviter les traitements inutiles (Kanton Bern 2022). Dans ce contexte, la prévention joue également un rôle important. Le Réseau de l'Arc est pour l'instant limité à la région du Jura bernois.

Intégration virtuelle

Well

Lancée en 2022, l'application «Well» a été initiée par deux assureurs (CSS et Visana), une plateforme de télémédecine (Medi24) et une entreprise de pharmacie en ligne (zur Rose). Entre-temps, l'entreprise de pharmacie et de logistique Galenica, le groupe de cliniques privées Swiss Medical Network et le réseau de médecins Delta sont également devenus partenaires de la plateforme (Well 2023).

La plateforme propose des conseils de santé, la possibilité de vérifier ses propres symptômes et des consultations médicales par messagerie. Elle permet également de se faire livrer des médicaments et de prendre rendez-vous avec un médecin. Les utilisateurs peuvent ajouter des documents médicaux afin de faciliter l'échange avec leur médecin traitant.

Compassana

Compassana est un projet commun des fournisseurs de prestations Medbase et Hirslanden ainsi que de l'Hôpital cantonal de Lucerne et des trois assurances-maladie Groupe Mutuel, Helsana et Swica. L'objectif est de mieux coordonner les soins et d'intégrer les acteurs impliqués. L'application, qui sera lancée en 2023, permettra aux patients de gérer leurs données médicales, de prendre des rendez-vous et de contacter une hotline médicale. En outre, il est possible de communiquer avec son médecin traitant via un service de messagerie (Compassana 2023).

Grâce à cet écosystème à support numérique, l'échange de données, la collaboration intersectorielle et donc les soins intégrés seront facilités. Ces plateformes numériques offrent également une alternative complémentaire à l'introduction du dossier électronique du patient, qui peine à démarrer.

Encadré 4

Avantages et inconvénients d'un financement par le biais d'un forfait par assuré («full capitation»)

Dans un modèle «full capitation», le fournisseur de prestation reçoit un montant fixe par personne, qui tient compte des facteurs de risque individuels. La somme des forfaits par personne définit le budget avec lequel le fournisseur de prestations doit couvrir les besoins d'une population donnée (par exemple les habitants d'une région ou un portefeuille d'assurés) en tenant compte des facteurs de risque.

Cette approche doit inciter à éviter les examens inutiles, à limiter la durée des séjours hospitaliers au strict nécessaire et à prévenir les réhospitalisations. Dans un tel système, l'investissement dans la prévention est un facteur clé pour améliorer la rentabilité du collectif.

Les avantages mentionnés comportent également des risques: les fournisseurs de prestations pourraient renoncer à des traitements nécessaires afin de ménager leur budget, ce qui équivaut en fin de compte à un rationnement indésirable des soins (James et Poulsen 2016). Pour cette raison, introduire des garde-fous est nécessaire: il faut s'assurer que les professionnels de santé continuent à s'engager pour la meilleure qualité des soins possible.

Une mesure clé consiste à donner la possibilité aux patients de «voter avec leur pieds» en cas de non-satisfaction (une clause d'opting out). Le risque de perdre des patients insatisfaits par la qualité des soins reçus oblige les fournisseurs de prestations à trouver l'équilibre optimal entre la qualité des soins et les coûts. Pour éviter les éventuels effets indésirables des systèmes de capitation, un environnement concurrentiel offrant aux patients des possibilités de choisir un autre prestataire est donc une condition essentielle.

les fournisseurs de prestations ont également l'ambition d'être plus efficaces et donc d'améliorer leurs marges.

Dans ce contexte, le projet du Réseau de l'Arc dans le Jura bernois mérite une mention particulière. Il propose à ses membres des soins intégrés financés par un forfait par membre («full capitation»). L'objectif est d'inciter à la prévention et d'éviter les traitements inutiles. La possibilité de quitter ce modèle chaque année garantit que la qualité de la prestation est maintenue et que les économies ne sont pas réalisées sur le dos des patients (voir encadré 4).

Les nouvelles initiatives portent également la marque des assurances-maladie. Jusqu'à présent, celles-ci étaient surtout confinées au rôle de contrôleur et de payeur de factures. De tels projets pilotes offrent aux assurances-maladie l'opportunité de proposer des services axés sur les patients, ou clients, afin de se différencier sur le marché.

Une autre raison qui peut expliquer l'engouement croissant des assureurs dans de tels projets: la compensation des risques entre assureurs, entrée en vigueur en 2020.¹¹ Avec la nouvelle réglementation, il est moins intéressant d'attirer des assurés jeunes et en bonne santé et de proposer

¹¹ Conformément à la LAMal, les primes d'assurance-maladie sont uniformes pour les personnes de plus de 26 ans dans un canton, indépendamment de l'âge, du sexe ou de l'état de santé de la personne assurée. Pour éviter la sélection des risques, les assureurs ayant une structure de risque favorable (personnes jeunes et en bonne santé) paient des redevances qui servent à compenser les assureurs ayant un portefeuille de risques plus élevés (BAG 2023f).

des primes attrayantes grâce à une structure de risque plus avantageuse (Bütikofer et al. 2023). Les efforts de sélection des «bons risques» ne sont plus rentables. Aujourd'hui, les assureurs essaient plutôt de réduire les coûts des prestations du collectif grâce à des soins efficaces, afin de rester compétitifs. C'était en partie l'objectif de la LAMal, introduite en 1996. Des tarifs basés sur la qualité et des soins de qualité tout au long du parcours du patient sont des moyens innovants pour atteindre cet objectif.

On observe également la volonté de créer plus de valeur pour le patient chez d'autres acteurs du secteur de la santé tels que les fournisseurs d'appareils médicaux. Ainsi, Johnson & Johnson coopère directement avec des hôpitaux afin d'optimiser les processus dans les salles d'opération. L'objectif est d'améliorer la qualité des interventions et de réduire leur durée. Pour ce faire, des kits chirurgicaux standardisés sont utilisés et une étroite collaboration avec le personnel spécialisé est mise en place sur site. Johnson & Johnson s'engage en outre financièrement si les objectifs ne sont pas atteints (Hôpital de La Tour 2020 ; Luzerner Kantonsspital 2021). Les hôpitaux, les fabricants d'appareils et, surtout, les patients en profitent grâce à une diminution des complications, des réhospitalisations et des temps de récupération plus rapides.

3.2.3 Baisse d'un tiers des coûts grâce aux soins intégrés

Les soins intégrés sont certainement souhaitables du point de vue des patients, mais sont-ils efficaces ? En Suisse, de nombreuses études ont démontré les effets positifs des soins intégrés. Ainsi, les personnes atteintes de maladies chroniques (p. ex. diabète, maladies cardiovasculaires ou respiratoires) sont moins souvent hospitalisées dans un modèle de soins intégrés que dans les modèles d'assurance standard (Huber et al. 2016). Chez ces patients, le risque de décéder suite à un arrêt cardiaque diminue en outre de 35 % parce qu'ils respectent davantage le plan de médication (Huber et al. 2019) et parce qu'ils sont moins souvent traités de manière invasive (Chmiel et al. 2018). En psychiatrie, les patients des modèles de soins intégrés reçoivent moins d'antidépresseurs que ceux dans un modèle standard (Haller et al. 2019).

En Suisse, de nombreuses études ont démontré les effets positifs des soins intégrés.

Les modèles de soins intégrés ne valent pas seulement la peine au niveau de la qualité des soins, mais aussi sur le plan financier. Des études basées sur les données de facturation des assureurs ont montré que les réseaux avec contrats génèrent 13 % de coûts en moins que les réseaux sans contrat (Reich et al. 2017). Des analyses à long terme montrent même que les modèles de soins intégrés entraînent une réduction substantielle des coûts par rapport au modèle standard de l'AOS. Des réductions de coûts allant jusqu'à 34 % ont même été observées grâce à des consultations moins nombreuses et des séjours hospitaliers plus courts (Kauer 2017). En ce qui concerne le traitement du diabète, les chiffres actuels montrent des économies de coûts de 11 % à 30 % par rapport au modèle standard de l'AOS (Jungi 2022).

3.3_ Favoriser la valeur plutôt que le volume

En cas de rémunération à la prestation ou au forfait, les fournisseurs de prestations risquent avant tout d'optimiser leur propre situation financière. Ils ne sont pas incités financièrement à maintenir les gens en bonne santé grâce à la prévention ou à assurer le meilleur traitement du point de vue du patient grâce à la coordination avec d'autres fournisseurs de prestations. Le système actuel pourrait même récompenser, dans une certaine mesure, une mauvaise qualité de traitement, car faire revenir un patient régulièrement au cabinet ou en clinique entraîne à un nouveau remboursement à chaque visite.¹²

Il est donc nécessaire de mettre en place des mécanismes de financement qui rémunèrent la valeur ajoutée d'un traitement ou d'une intervention pour le patient, et pas seulement la prestation en soi. Les mécanismes de financement liés à des objectifs d'efficacité et de qualité sont de plus en plus nombreux dans le monde et en Europe, et sont surtout très répandus aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Les bonus en matière de qualité varient entre 0,1% et 30% dans les soins de premiers recours et entre 0,5% et 10% dans le domaine stationnaire (Busse et al. 2019). Dans les hôpitaux, ces suppléments consistent soit en des bonus sur les tarifs hospitaliers, soit en des ajustements sur la rémunération à des indicateurs tels que le taux de mortalité sur cinq ans, comme en Norvège par exemple (Busse et al. 2019). L'expérience des patients en termes de satisfaction ou de temps d'attente est aussi rémunérée en Angleterre ou dans les pays scandinaves (Busse et al. 2019).

Les mécanismes de financement doivent notamment permettre de répartir les «dividendes de la qualité» entre tous ceux qui ont investi dans la qualité du traitement. En d'autres termes, les fournisseurs de prestations qui ont contribué à un meilleur résultat qualitatif tout au long du parcours de soins du patient à travers la prévention ou en renonçant à une intervention devraient également être rémunérés de manière équitable.

Une intégration verticale permettrait le partage de tels dividendes. En réunissant les acteurs concernés au sein d'une même entreprise, les coûts supplémentaires d'une unité organisationnelle (par exemple pour la prévention ou l'absence d'intervention chirurgicale) peuvent être compensés par les revenus supplémentaires d'une autre unité organisationnelle. En se concentrant sur des groupes de patients, il est également possible de gagner en efficacité. Le secteur de la santé est toutefois un marché très fragmenté et régulé. De nombreux prestataires ont une forme juridique (établissements de droit public, associations, fondations, etc.) qui freine les fusions. Par ailleurs, chaque fournisseur de prestations doit traiter tous les assurés LAMal. De même, les assurances-maladie sont tenues d'accep-

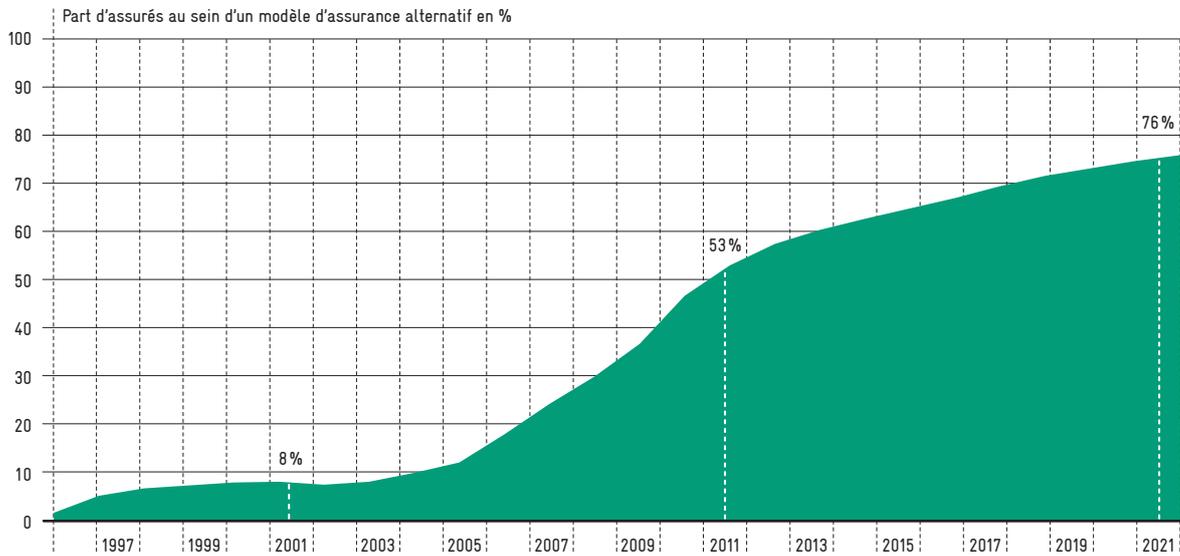
Il est nécessaire de mettre en place des mécanismes de financement qui rémunèrent la valeur ajoutée d'un traitement ou d'une intervention pour le patient, et pas seulement la prestation en soi.

12 Dans le domaine hospitalier, ces réhospitalisations sont toutefois couvertes par le même forfait DRG par cas, pour autant qu'elles aient lieu dans les 18 jours (*SwissDRG 2019*).

Figure 4

Les modèles d'assurance alternatifs attirent plus de trois assurés sur quatre

Les modèles d'assurance alternatifs ont la cote et de nombreux assurés y adhèrent. En 2021, 76 % des assurés ont opté pour un tel modèle d'assurance, contre 8 % vingt ans plus tôt.



Source : BAG (2023e)

ter tous les assurés, sans réserve. Ces particularités du système de santé suisse rendent les intégrations verticales difficiles.

Les paragraphes suivants présentent donc des mesures politiques qui permettent une meilleure coordination entre les fournisseurs de prestations sans pour autant les intégrer juridiquement. Des modèles de financement sont également proposés. Ils prévoient une meilleure rémunération de la valeur ajoutée pour le patient ou permettent une meilleure répartition des dividendes de la qualité.

3.3.1 Pas de réseaux de soins imposés par l'Etat

Il y a vingt ans, seuls 8 % de la population avaient opté pour un modèle d'assurance alternatif. Entre-temps, ce chiffre n'a cessé d'augmenter pour atteindre 76 % en 2021 (voir figure 4). Ces modèles se sont répandus sans que l'Etat ne l'impose.

Les modèles d'assurance alternatifs reposent sur un partenariat volontaire entre les fournisseurs de prestations et les assurances-maladie. La dynamique de marché incite les acteurs à développer des modèles de soins qui répondent aux besoins (financiers) des assurés afin de se démarquer de la concurrence. Parallèlement, les assurés ont chaque année la possibilité de choisir un autre produit ou de résilier le précédent, ce qui oblige les fournisseurs de prestations à améliorer en permanence la qualité et le prix de leurs offres. Cela fait office de laboratoire d'expérimentation en permettant de tester différents modèles de soins. Les concepts qui fonctionnent sont repris, et surtout, ceux qui échouent sont retirés du marché.

Ainsi, le risque que des développements erronés soient reproduits dans tous les cantons ou par toutes les assurances-maladie diminue.

La concurrence entre les fournisseurs de prestations et entre les assurances-maladie est donc un moteur essentiel pour le développement de nouveaux modèles d'affaires et de concepts de soins. Les nombreux exemples mentionnés illustrent cette dynamique. Pourtant, bien que le marché suisse regorge d'initiatives, l'administration fédérale tente de limiter la concurrence en créant de nouveaux prestataires imposés par l'Etat et organisés de manière uniforme.

En effet, le deuxième volet de mesures du Conseil fédéral visant à maîtriser les coûts de la santé prévoit que chaque canton introduise de nouveaux réseaux de soins soumis à un mandat de prestation cantonal. La Confédération formulerait toutefois des prescriptions minimales concernant la direction du réseau, la composition du personnel qui y travaille ou les prestations à fournir, afin de garantir une conception uniforme des nouveaux réseaux. Elle formulerait également des exigences minimales en matière d'échange de données, d'assurance qualité et de coordination avec les fournisseurs de prestations (Bundesrat 2022c).

Ces réseaux devraient explicitement prendre en charge les patients qui ont choisi de ne pas souscrire à un MAA. La généralisation des réseaux de soins coordonnés par la promotion des MAA est explicitement rejetée dans le projet (Bundesrat 2022c).

Cette proposition vise certes à exploiter les avantages mentionnés des soins intégrés. Mais en formulant des prescriptions minimales uniformes et en imposant de nouvelles institutions publiques cantonales, la Confédération prive les acteurs actuels du terrain sur lequel ils se sont établis en se différenciant sur le marché. Cela freine l'innovation et empêche l'émergence de modèles de soins moins centrés sur le médecin, qui s'appuient davantage sur les pharmacies ou les organisations d'aide et de soins à domicile. La création de nouvelles plateformes numériques telles que Well et Compassana est également rendue plus difficile.

L'Etat devrait donc s'abstenir de fausser la concurrence dans le domaine des soins intégrés. Au contraire, il faut des conditions-cadres qui favorisent la concurrence en matière de qualité au lieu de la limiter par une réglementation ratée. Les modèles de soins intégrés ne doivent pas devenir la norme par décret, mais par l'usage des patients.

Les modèles de soins intégrés ne doivent pas devenir la norme par décret, mais par l'usage des patients.

3.3.2 La qualité et les tarifs en harmonie

La qualité doit également être récompensée dans le domaine stationnaire. Pour ce faire, les tarifs hospitaliers (parfois appelés tarif de base, prix de base ou «baserate») devraient pouvoir être complétés par une composante de qualité.

Ces tarifs ont été introduits avec le nouveau financement hospitalier 2012. Selon la nouvelle réglementation, les soins hospitaliers sont financés avec des forfaits par cas. Ceux-ci sont calculés en multipliant le fac-

teur de pondération des coûts («cost weight»), qui reflète le prix moyen d'un groupe de cas DRG¹³, par le tarif hospitalier. Le tarif est négocié par les partenaires tarifaires et approuvé par le canton pour chaque hôpital (Cosandey et al. 2018). Il ne dépend toutefois que de la structure des coûts d'un hôpital et des groupes de comparaison, les indicateurs de qualité ne sont pas pris en compte.

Dans une logique VBHC, il serait souhaitable d'adapter le tarif hospitalier en fonction de l'évolution de la qualité. Une telle réglementation serait probablement déjà possible aujourd'hui dans le cadre de l'assurance complémentaire (assurance privée ou semi-privée selon la LCA), où chaque assurance-maladie négocie un tarif avec chaque hôpital. Or, la plupart des hôpitaux publics ont majoritairement une patientèle qui ne bénéficie que d'une couverture de base LAMal. La flexibilité de la LCA ne s'applique donc qu'à une partie des assurés. Si l'on veut obtenir un impact plus large, une adaptation dans le cadre de la LAMal est nécessaire.

Or, dans la LAMal, la marge de négociation est limitée. Selon une décision du Tribunal administratif fédéral (TAF), l'octroi de bonus ou de pénalités en fonction de la qualité constitue une infraction au système DRG (BVGer 2014).¹⁴ D'après cette décision, les listes hospitalières cantonales¹⁵ ne peuvent contenir que des hôpitaux qui fournissent des prestations de soins de haute qualité et qui remplissent les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE, art. 32 LAMal). On peut supposer que de tels hôpitaux – au moins au moment de leur inscription sur la liste hospitalière cantonale – remplissent une qualité minimale. Cela ne signifie toutefois pas que tous les hôpitaux offrent le même niveau de qualité.

La LAMal devrait donc être modifiée afin d'autoriser explicitement un financement en fonction de la qualité. Pour ce faire, il faudrait opter pour une formulation facultative: une telle approche volontaire permettrait l'émergence de projets innovants. De nouveaux modèles de financement pourraient être explorés et testés, sans être imposés à tous les acteurs.

Ces nouveaux modèles de financement devraient donc être élaborés de préférence par des fournisseurs de prestations individuels avec des assurances-maladie individuelles. Au niveau du contenu, ils pourraient d'une part prévoir l'adaptation du tarif hospitalier en fonction de l'évolution de la qualité sur une certaine période. D'autre part, des adaptations tarifaires sur la base du niveau de qualité absolu seraient également envisageables, ce qui présuppose toutefois une possibilité de comparer la qualité entre les hôpitaux, ajustée aux risques (voir chapitre 4). Bien entendu, il ne s'agit pas ici d'être noir ou blanc et d'introduire des tarifs entière-

La LAMal devrait être modifiée afin d'autoriser explicitement un financement en fonction de la qualité.

13 Un DRG (Diagnostic related group) représente un groupe de patients aux caractéristiques cliniques similaires et nécessitant un traitement comparable.

14 Selon le TAF, les prestations incluses dans les tarifs sont déjà de «qualité nécessaire» (art. 49, al. 1), et des soins de qualité sont une condition préalable à la fixation des prix (art. 43, al. 6, LAMal).

15 Seuls les hôpitaux figurant sur une liste cantonale des hôpitaux peuvent facturer leurs prestations aux assurances-maladie et au canton de résidence du patient selon Swiss DRG.

ment variables. Il faut cependant donner la possibilité d'octroyer une indemnité variable qui complète le tarif fixe afin de récompenser les améliorations de la qualité. Le supplément de qualité doit toutefois être suffisamment attractif. S'il est trop faible, investir dans la qualité ne vaut plus la peine pour une institution. L'augmentation potentielle du chiffre d'affaires grâce à un supplément de qualité pourrait alors être plus facilement obtenue en augmentant le volume d'acte médicaux.

L'exemple suivant montre à quoi pourrait ressembler un tel tarif basé sur la qualité. La composante qualité est un supplément ou une réduction, multiplié par le tarif de base (voir formule).

Formule

*Forfait par cas =
cost-weight (selon DRG) × tarif de base × (1 + bonus ou malus en %)*

Le tarif ainsi négocié serait valable pour toutes les maladies traitées dans un hôpital. Cela correspond à la logique de financement des forfaits Swiss-DRG. Une telle approche limite la complexité de la négociation – ainsi que celle de l'approbation par le canton. Le modèle ne tient toutefois pas compte des variations d'outcome au sein d'un même établissement. Le service de cardiologie d'une clinique peut par exemple obtenir de très bons résultats, alors que le service de neurologie en a de moins bons. Les partenaires tarifaires devraient donc également avoir la possibilité de négocier des tarifs hospitaliers différents en fonction des pathologies.

En outre, les partenaires tarifaires devraient être libres de décider s'ils souhaitent que les nouveaux tarifs soient «neutres en coûts», c'est-à-dire qu'ils n'aient pas de répercussions en termes de coûts, l'année de leur introduction. D'un point de vue statique, un nouveau tarif avec un supplément de qualité pourrait entraîner des dépenses supplémentaires pour les assureurs. Il serait donc envisageable de baisser d'abord le tarif de base avant d'introduire des bonus. Dans une perspective dynamique, une amélioration de la qualité entraîne cependant aussi une réduction des coûts dans l'ensemble du système. L'assurance-maladie peut également observer une réduction des coûts après la sortie de l'hôpital. Si le supplément de qualité s'oriente sur les économies réalisées sur l'ensemble du parcours de soins du patient, la neutralité des coûts est assurée à moyen terme.

Dans tous les cas, il est important de laisser aux partenaires tarifaires la liberté de définir les modalités des tarifs basés sur la qualité. Ils devraient pouvoir se focaliser sur les hôpitaux et les pathologies où les différences de qualité sont mesurables et où des améliorations sont réalistes. Cela permet non seulement d'encourager l'innovation, mais aussi d'instaurer la confiance, car l'introduction de tels modèles tarifaires n'est pas seulement un acte comptable. Elle reflète plutôt l'intention des partenaires tarifaires de développer un langage commun et une culture de la qualité. Cette dernière exige une approche fine et itérative. Un cadre juridique

rigide empêcherait ce dialogue et la recherche progressive de nouvelles solutions.

3.3.3 L'Efas comme catalyseur des financements basés sur la valeur

Les MAA conclus avec les réseaux de soins couvrent en premier lieu les prestations dans le domaine ambulatoire. Cette délimitation s'explique notamment par des règles de financement différentes. Dans le domaine hospitalier, les prestations stationnaires (c'est-à-dire avec nuitée à l'hôpital) sont indemnisées par des forfaits par cas. Le canton prend en charge au moins 55 % des dépenses, les assurances-maladie au maximum 45 %. Si le traitement à l'hôpital ne nécessite pas de nuitée ou si les prestations sont fournies en ambulatoire dans des cabinets hors de l'hôpital, l'assurance-maladie prend en charge les coûts à 100 %.

Dans le domaine des soins de longue durée (EMS et services d'aide et de soins à domicile), les coûts sont répartis entre trois organismes: le patient lui-même avec un montant maximal par jour, l'assureur avec un forfait par niveau de soins et le canton.¹⁶ Ce dernier prend en charge les coûts non couverts par les deux premiers acteurs – le financement résiduel.

En raison des différences de financement, il n'est pas intéressant pour les assurances-maladie d'éviter les séjours hospitaliers, car les traitements ambulatoires sont entièrement facturés à leur charge. Et ce, bien que les interventions ambulatoires soient souvent moins invasives pour le patient et moins coûteuses pour le système de santé que les prestations hospitalières.

Cette différence dans les modes de financement doit donc être supprimée avec le projet de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires de l'assurance-maladie (Efas). Désormais, les assurances-maladie et les cantons doivent financer toutes les prestations couvertes par l'assurance de base selon une répartition uniforme des coûts (Das Schweizer Parlament 2022).¹⁷

Avec Efas, les assurances-maladie auraient une incitation financière à négocier des contrats MAA avec les fournisseurs de prestations qui réduisent les séjours hospitaliers inutiles et coûteux et les remplacent par des prestations ambulatoires. Les économies réalisées pourraient être répercutées sur les assurés sous forme de rabais sur les primes. Selon une estimation de Polynomics, l'introduction d'Efas permettrait de réduire les primes d'assurance dans un modèle HMO d'environ 6 %, ce qui correspondrait à une augmentation des rabais actuels d'environ 20 % (Telser et Meyer 2018). Ces effets sur les coûts alimenteraient la dynamique déjà en cours pour le développement de nouveaux modèles de soins.

Avec Efas, les assurances-maladie auraient une incitation financière à négocier des contrats MAA avec les fournisseurs de prestations qui réduisent les séjours hospitaliers inutiles et les remplacent par des prestations ambulatoires.

¹⁶ Certains cantons délèguent cette compétence à leurs communes.

¹⁷ Selon l'état des discussions en novembre 2022, les assurances-maladie financeraient au maximum 73,1% des prestations et les cantons au minimum 26,9%, indépendamment d'où et de qui fournissent les prestations (Schweizer Parlament 2022).

Le projet Efas est né d'une initiative parlementaire déposée par Ruth Humbel en 2009 (Humbel 2009). Pendant plus de dix ans, les milieux politiques n'ont pas réussi à se mettre d'accord sur un financement moniste. Ce sont surtout les cantons qui se sont opposés à la proposition, car les coûts des soins de longue durée n'étaient pas intégrés dans le projet. Après trois ans de délibérations, le Conseil des Etats a désormais approuvé en novembre 2022 un projet du Conseil national qui prend également en compte les coûts des soins de longue durée. La loi va maintenant passer à l'élimination des divergences. Il serait important que ce projet lancé il y a plus de dix ans trouve une issue favorable.

Mesure 4

Pas de standardisation des réseaux de soins par la Confédération.

Mesure 5

Nouvelle disposition dans la LAMal qui permet aux partenaires tarifaires de négocier des tarifs dynamiques en fonction de la qualité.

Mesure 6

Adoption rapide du financement uniforme (Efas) par le Parlement.

4_ Concurrence axée sur la qualité entre les organisations

Le chapitre 2 a illustré la manière dont la qualité peut être mesurée et améliorée au sein d'une institution ou d'un réseau. Le chapitre 3 a présenté des mécanismes de financement permettant le partage des dividendes de la qualité pour tous les acteurs qui investissent dans la qualité pour le patient. La mise en œuvre des propositions de ces deux chapitres est obligatoire si l'on veut se rapprocher d'un système VBHC en Suisse.

Dans un système de santé centré sur le patient, il s'agit non seulement de permettre aux fournisseurs de prestations et aux assurances-maladie d'exiger plus de valeur dans le système, mais également aux patients. Dans ce contexte, le terme «patient» (du latin *patiens* = subir) est malheureux, car il induit un comportement passif (Parzer-Epp et al. 2019). Dans un modèle VBHC, il devrait plutôt être perçu comme un partenaire au service de sa santé. Le patient joue un double rôle, celui de «consommateur» d'une part et celui de payeur (de primes) de prestations de santé d'autre part. Il est donc lui-même responsable de recourir à des prestations qui lui offrent une valeur ajoutée. Parallèlement, en tant que membre du collectif d'assurance, il est co-responsable de l'utilisation judicieuse des ressources dans le système.

Pour ce faire, le patient a besoin de transparence sur la valeur ajoutée des prestations tout au long du parcours de soins. Il aura ainsi la possibilité d'identifier et de choisir le fournisseur de prestations optimal. Si les patients peuvent «voter avec leurs pieds», les fournisseurs de prestations s'efforceront davantage de proposer des offres de pointe et une meilleure qualité (Hirschman 1972). Si leur activité est reconnue, ils gagnent des clients, si la qualité ne correspond pas aux standards du marché, ils en perdent.

De plus, la transparence permet aux prestataires de comparer leurs résultats avec ceux de leurs concurrents. Ils identifient ainsi leurs forces et leurs faiblesses et prennent des mesures pour s'améliorer ou se positionner différemment sur le marché (Shekelle 2009).

4.1_ Un Benchmarking timide en Suisse

Pour garantir la transparence des outcomes, un système de comparaison accessible au public, un benchmark sur la base de la publication des résultats (ou *public reporting* en anglais), doit être mis en place, sur la base d'indicateurs standardisés, accessibles à tous.

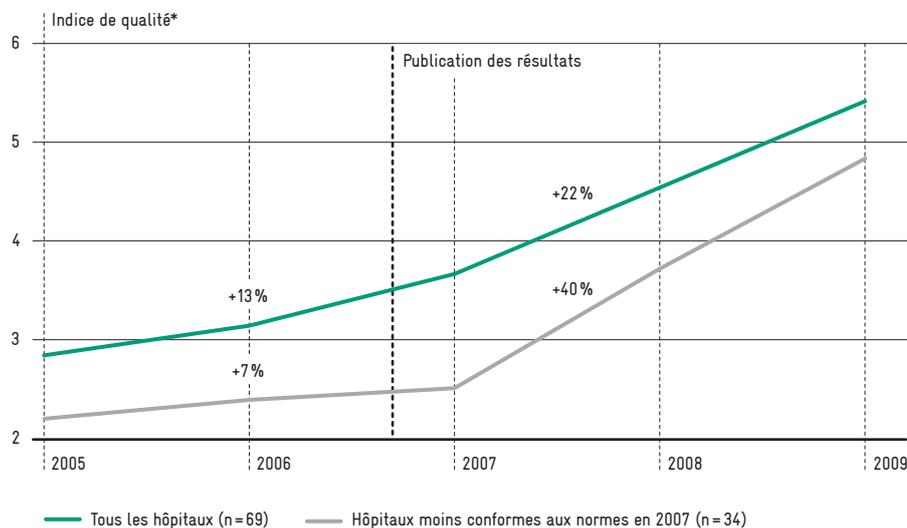
4.1.1 Une pratique courante à l'étranger

Près de la moitié des pays de l'OCDE publient des indicateurs de qualité sur les hôpitaux ou les prestataires de premiers recours (OECD 2019). Les pays les plus ambitieux mesurent de nombreux indicateurs (de structure, de processus, d'outcome et, dans certains cas, d'expérience des patients)

Figure 5

La transparence améliore la qualité des soins

De 2005 à 2007, c'est-à-dire juste avant et après la publication des résultats par hôpital du registre suédois de qualité des maladies coronariennes (Swedeheart), le degré d'adhésion aux guidelines a augmenté en moyenne de 13%, puis de 22%. La publication par hôpital a également réduit l'écart entre les hôpitaux.



* Degré d'adhésion aux guidelines

Source: Larsson et al. (2012)

en incluant la très grande majorité des fournisseurs de prestations. C'est notamment le cas du Royaume-Uni, des Pays-Bas, de l'Allemagne et du Danemark (Busse et al. 2019).

Il existe également des initiatives de benchmarking dans le secteur privé. Un exemple est le classement des meilleurs hôpitaux spécialisés du monde, réalisé par le magazine américain «Newsweek» (Newsweek 2022). Il convient de noter que depuis 2022, ce classement exige la collecte de Proms.

Plusieurs études ont montré les effets positifs de la publication des résultats sur la qualité des soins (Campanella et al. 2016). Le registre suédois de qualité des maladies coronariennes «Swedeheart» constitue un bon exemple. Depuis 2005, ce registre fournit des informations sur le degré d'adhésion aux guidelines. Dans un premier temps, seules des données agrégées au niveau régional ont été publiées, et depuis fin 2006, les résultats par hôpital. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : entre 2005 et 2007, c'est-à-dire juste avant et juste après la publication des résultats par hôpital, le degré d'adhésion aux guidelines a augmenté de 13 % en moyenne. Pour les hôpitaux qui respectaient moins les guidelines, ce chiffre n'a augmenté que de 7 % (voir figure 5).

Deux ans plus tard, le taux d'adhésion aux guidelines a augmenté de 22 % en moyenne, mais de 40 % pour les hôpitaux les moins conformes aux standards. La transparence a donc entraîné un processus de rattrapage qui n'a pas seulement permis un meilleur respect des guidelines, mais aussi une plus faible variation entre les hôpitaux (Larsson et al. 2012).

4.1.2 Le rôle pionnier de l'ANQ en Suisse

En Suisse, la publication des résultats est très variable. En principe, c'est le secteur hospitalier qui s'en sort le mieux, grâce au travail de l'ANQ. L'association ANQ est composée de l'association des hôpitaux H+, les faitières d'assurances Santésuisse et Curafutura ainsi que la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). L'association publie des mesures de la qualité pour les soins aigus hospitaliers, la réadaptation et la psychiatrie pour tous les hôpitaux et cliniques depuis 2012. Certes, aucun classement n'est publié à proprement parler, mais la publication de plusieurs indicateurs permet de créer de la transparence, qui est utilisée par les portails de comparaison.

Toutefois, les données ANQ publiées ne sont pas faciles à comprendre pour les non-initiés. En outre, les données recueillies sont des indicateurs pour l'ensemble d'un hôpital. Elles ne sont pas spécifiques à une maladie (ANQ 2023b).¹⁸

4.1.3 Peu d'incitation à la transparence

Malgré des initiatives ponctuelles, la publication d'indicateurs de résultats centrés sur le patient n'en est qu'à ses débuts en Suisse. Dans le secteur de la santé comme dans d'autres domaines, l'idée de classements suscite souvent le scepticisme et parfois la crainte. Comme dans le cas des mesures internes de la qualité (voir chapitre 2), la publication des outcomes expose son propre travail au jugement de ses collègues, ce qui peut être inconfortable. Toutefois, cette communication offre également des opportunités de se démarquer de la concurrence.

Cependant, même pour les fournisseurs de prestations les plus avancés, l'incitation à publier volontairement leurs résultats est faible. Cela ne leur bénéficie que si les résultats peuvent être comparés à ceux d'autres fournisseurs de prestations. Si un fournisseur de prestations avance seul, il assume unilatéralement les coûts et les risques de la transparence, sans profiter des avantages d'un benchmarking. Seule la coordination incite à la transparence.

De plus, le statu quo est souvent avantageux pour les fournisseurs de prestations. La population suisse a une grande confiance dans son système de santé et est majoritairement convaincue que les soins fournis sont de haute qualité. En 2022, 96 % de la population jugeait le système de santé suisse «plutôt bon», «bon» ou «très bon» (gfs.bern 2022), bien que cette évaluation ne repose sur aucun critère objectif. Pourquoi publier des résultats qui pourraient compromettre cette perception?

La réticence à la transparence n'est pourtant ni tenable, ni honnête. On ne peut pas constamment revendiquer un système de santé qui «place le patient au centre», tout en lui refusant la possibilité de choisir son fournisseur de prestations sur la base d'indicateurs objectifs. La transparence

Malgré des initiatives ponctuelles, la publication d'indicateurs de résultats centrés sur le patient n'en est qu'à ses débuts en Suisse.

¹⁸ Une exception notable est la publication des taux de révision des prothèses de genou et de la hanche, récoletés dans le cadre du registre Siris (voir chapitre 2.1).

est une condition essentielle pour permettre aux patients d'être acteurs de leur santé.

4.2_ Un déploiement à l'échelle nationale en deux étapes

Afin de favoriser l'adhésion des fournisseurs de prestations au concept de la transparence et d'éviter les leviers de boucliers, une introduction en deux étapes est recommandée (voir figure 6).

4.2.1 Comparaison anonyme

La transparence doit avant tout être un moyen d'identifier les meilleures pratiques et d'améliorer la qualité, et non de sanctionner les fournisseurs de prestations moins performants. Pour ce faire, il faut avoir accès aux données, de manière anonyme dans un premier temps. Dans cette première phase, chaque prestataire devrait avoir la possibilité de comparer ses données à celles de la concurrence, sans pouvoir identifier les concurrents.

L'auto-évaluation constitue l'élément central de cette étape. La comparaison anonyme permet en outre de se familiariser avec les indicateurs et la manière dont ils sont recueillis. Cette phase permet aux prestataires d'intégrer la récolte des données dans leurs processus et d'améliorer leurs méthodes de travail. Cette première étape est également considérée comme une phase de test, au cours de laquelle les indicateurs sont affinés et leur définition précisée.

Même si les résultats restent anonymes, ils peuvent déjà déployer des effets. La plupart des professionnels de santé ont une motivation intrinsèque forte qui les pousse à s'améliorer par rapport à leurs pairs. Ce n'est pas seulement la différence absolue par rapport aux autres professionnels qui les motive, mais aussi la dynamique d'amélioration chez les autres fournisseurs de prestations.

L'anonymat peut toutefois être levé volontairement au sein d'une organisation. La comparaison entre pairs constitue une condition essentielle pour diffuser une culture de l'échange et de l'apprentissage. Cet échange constructif se déroule dans un environnement familier, c'est-à-dire à l'abri des regards. Les collègues d'un même service, d'un même

Figure 6

Introduire progressivement le benchmarking

Le benchmarking public fait face à des résistances de la part des fournisseurs de prestations. Une mise en place progressive en deux étapes permet d'accompagner les acteurs dans le processus tout en leur laissant du temps pour s'adapter.



Source: propre représentation

hôpital ou d'un même réseau de soins partagent leurs expériences. L'analyse des différences permet d'échanger et d'imiter les bonnes pratiques (Busse et al. 2019). Cette démarche permet non seulement d'améliorer la qualité en moyenne, mais aussi de réduire les variations des outcomes (EIT Health 2020).

4.2.2 Comparaison publique

Une fois que les fournisseurs de prestations se sont familiarisés avec les indicateurs et le processus de saisie, la deuxième étape consiste à rendre les mesures des outcomes accessibles à tous: patients, fournisseurs de prestations et assurances-maladie.

Cette démarche permet aux patients de choisir leurs fournisseurs de prestations en toute connaissance de cause, pour autant qu'ils puissent interpréter les données de manière judicieuse. On peut s'attendre à ce que la demande d'informations compréhensibles et transparentes de la part des patients ou de leurs proches alimente le développement de sites de comparaison en ligne et stimule la concurrence axée sur la qualité entre les fournisseurs de prestations (voir chapitre 4.3.3). Cette transparence permet de réduire l'asymétrie d'information entre le patient et le médecin de famille ou du spécialiste.

Par ailleurs, la transparence entre les organisations aide les prestataires à comprendre et à mettre leurs points forts en avant. Ils peuvent également identifier des partenaires de coopération qui leur conviennent.

Enfin, la transparence peut également être utile aux assurances-maladie pour conclure des contrats basés sur la qualité avec les fournisseurs de prestations. Elle permettrait de récompenser l'amélioration de la qualité et de la valeur pour le patient non seulement au sein d'une organisation (voir chapitre 3), mais aussi par rapport à d'autres fournisseurs de prestations. Les tarifs basés sur la valeur, qui reposent sur une comparaison entre pairs, stimulent également la concurrence en matière de qualité.

On peut s'attendre à ce que la demande d'informations compréhensibles et transparentes stimule la concurrence axée sur la qualité entre les fournisseurs de prestations.

4.3_ Conditions pour des comparaisons pertinentes

4.3.1 L'importance des données partageables et partagées

Quelles sont les conditions à remplir pour mettre en place un benchmarking qui fonctionne? Tout d'abord, il est nécessaire de disposer de données partageables, c'est-à-dire standardisées, afin de pouvoir comparer les indicateurs de qualité. Les informations doivent être accessibles pour pouvoir être consolidées.

Aujourd'hui, le système de santé suisse est fragmenté et peu numérisé. Il manque également d'interopérabilité. Les données, lorsqu'elles existent, sont dispersées entre les acteurs et difficiles à échanger et à relier entre elles.

Il existe toutefois des exceptions: par exemple, les registres médicaux servent d'outil pour structurer la quantité croissante de données dispo-

nibles et les rendre comparables. En l'occurrence, un registre est un «recueil systématique de données personnelles liées à la santé – collectées sur la base de critères définis» (ANQ et al. 2019). Ils servent à recenser les traitements, les effets secondaires et les complications qui surviennent en rapport avec une maladie, une intervention ou une spécialité. Ainsi, ils ont le potentiel de contribuer non seulement à la recherche épidémiologique, mais aussi à l'amélioration de la qualité des soins. A cet égard, ils peuvent être utilisés pour évaluer et comparer les fournisseurs de prestations (ANQ et al. 2019).

Les registres médicaux servent d'outil pour structurer la quantité croissante de données disponibles et les rendre comparables.

Les registres sont soit développés sur une base volontaire, soit prescrits par les lois cantonales ou fédérales (p. ex. les registres cantonaux du cancer), soit établis comme obligation dans le cadre du contrat national de qualité de l'ANQ (p. ex. le registre suisse des implants Siris). En Suisse, le site internet de la FMH recense une centaine de registres (FMH 2023).

Deux exemples de registres méritent d'être soulignés. Premièrement, les registres cantonaux des tumeurs. Ceux-ci sont obligatoires depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques (Lemo) en 2020. La mise en œuvre de cette obligation s'accompagne toutefois de difficultés techniques. Les données ne sont pas structurées selon des standards harmonisés et ne permettent pas de tirer des conclusions sur l'effet des traitements ou de comparer des indicateurs de qualité (Oncosuisse 2022). Cet exemple le montre : avant d'introduire une prescription étatique, il convient de définir comment cette prescription peut être appliquée de manière judicieuse.

Le registre Siris des implants de la hanche et du genou est un exemple positif. Il fait partie intégrante des mesures de l'ANQ depuis 2012. Siris fournit non seulement des informations standardisées sur le nombre d'implants posés, mais aussi sur les taux de révision et de réopération (Siris 2018).

Depuis 2019, Siris publie les taux de révision des prothèses de hanche et de genou sur le site web de l'ANQ, et ce au niveau de chaque clinique. Les chirurgiens orthopédistes peuvent consulter les données et se comparer à leurs collègues. Sur la base du registre, la société médicale swiss orthopaedics fournit un feedback aux différents chirurgiens orthopédistes et leur propose un soutien ciblé.

Enfin, le registre met à la disposition non seulement des médecins, mais aussi des fabricants d'implants, des informations sur les indicateurs de performance tels que les révisions ou les complications, afin qu'ils puissent se positionner par rapport aux autres (ANQ 2023c; Genoni 2019). Le registre Siris est un exemple inspirant de registre public de qualité bien géré.

4.3.2 Un ajustement du risque nécessaire

Un benchmarking n'a de sens que s'il reflète la performance d'un médecin ou d'une équipe concrète. Ce n'est que si les personnes concernées se

reconnaissent dans les données relatives à la qualité qu'elles adapteront leur manière de faire. Les indicateurs de résultats publiés par l'ANQ sont généraux et agrégés au niveau de l'hôpital. De tels indicateurs génériques pour une institution sont certes importants, mais inappropriés pour évaluer la performance d'un service ou d'une équipe spécifique. Ce problème pourrait être atténué en recueillant des indicateurs de qualité par pathologie (voir chapitre 2).

En outre, il est important que les mesures se réfèrent à des effectifs de patients comparables pour qu'elles soient significatives. Il ne faut pas comparer des pommes et des poires. C'est pourquoi les données doivent être calibrées afin de tenir compte des différences entre les groupes de patients. Il est impératif d'ajuster les mesures d'outcome en fonction des risques, c'est-à-dire de les corriger en fonction des caractéristiques des patients qui influencent les résultats, comme l'âge, le sexe, le statut socio-économique, les antécédents médicaux ou les comorbidités.

L'ajustement au risque ne permet pas seulement d'éviter une mauvaise interprétation des données. Sans elle, les organisations spécialisées disposant d'un benchmarking public seraient incitées à refuser les patients complexes (sélection des risques).

Il est important que les mesures se réfèrent à des effectifs de patients comparables pour qu'elles soient significatives.

4.3.3 Une organisation crédible qui repose sur le partenariat

Le messenger est souvent aussi important que le message. Le succès d'un benchmarking public dépend donc de l'organisation qui l'émet ainsi que de celle qui l'interprète.

Contrairement aux plateformes de comparaison telles que Tripadvisor, toutes les données relatives à la qualité des soins ne sont pas faciles à comprendre. Les rapports sur l'expérience des patients (temps d'attente, réponse aux questions des patients) ressemblent certes aux benchmarks que l'on retrouve dans le secteur des services. Les indicateurs Proms et Croms par pathologie sont en revanche plus difficiles à interpréter.

Les progrès de l'intelligence artificielle promettent toutefois des possibilités insoupçonnées pour la comparaison des fournisseurs de prestations. Une fois que les données relatives à la qualité seront accessibles, il faut s'attendre au développement de nouveaux services de comparaison. Au lieu d'attendre passivement que cette évolution ait lieu, les acteurs de la santé devraient co-diriger le processus. Pour ce faire, ils pourraient créer une institution commune qui rendrait les mesures de l'outcome comparables et publiques, que ce soit par pathologie ou pour le secteur ambulatoire – en s'inspirant des structures et de la gouvernance de l'ANQ.

Une telle institution pourrait être composée de représentants des partenaires tarifaires et des cantons, dans la mesure où ces derniers participent au financement des prestations.¹⁹ Les patients devraient également

19 Avec le projet de financement unifié (Efas), les cantons pourraient à l'avenir participer au financement de toutes les dépenses de santé, tant dans le domaine stationnaire que dans le domaine ambulatoire.

être représentés. L'organisation devrait être financée par des contributions séparées, c'est-à-dire des paiements en dehors des tarifs SwissDRG ou Tarmed. La collecte et l'analyse centralisées des données est une tâche qui profite à tous les partenaires et doit donc être supportée collectivement par les partenaires de l'organisation, et non par le biais des décomptes de prestations individuelles au sein des institutions.

Une telle organisation indépendante gagnerait en légitimité auprès des fournisseurs de prestations, des financeurs et des patients. Son indépendance vis-à-vis de l'administration fédérale lui conférerait en outre une certaine flexibilité et une protection contre les exigences imposées par l'agenda politique.

4.4 – Un rôle subsidiaire de l'Etat

Le travail de transparence d'organisations telles que l'ANQ ou le registre Siris est certes réjouissant, mais il reste ponctuel et limité au secteur stationnaire. Les raisons de cette attitude apathique ont déjà été décrites : les incitations pour une organisation de santé à s'engager pour une transparence en matière de qualité sont faibles. En revanche, les risques de dévoiler ses points forts, mais aussi ses points faibles, sont importants.

Pour répondre à cette problématique, nous proposons d'octroyer une responsabilité subsidiaire à l'Etat afin de garantir l'introduction d'un benchmarking public. Une mission contraignante de l'Etat devrait permettre de faire pression sur les acteurs pour qu'ils réalisent des progrès substantiels vers un système de publication des données. L'Etat fixerait un délai contraignant de quelques années, lors duquel les sociétés médicales doivent développer des indicateurs pour mesurer la qualité centrée sur le patient (principalement Croms et Proms) et compatibles avec les standards internationaux.

Un autre délai fixe le moment où les données doivent être saisies et partagées au moyen d'un benchmarking public. L'initiative, la marge de manœuvre, mais aussi la responsabilité de tenir des délais fixés par l'Etat doivent revenir aux acteurs du système de santé. Si les délais ne sont pas respectés, l'Etat définira et publiera les données relatives à la qualité à titre subsidiaire. L'objectif doit être de parvenir à une solution de benchmarking public au plus tard dans les 15 prochaines années.

Compte tenu des asymétries d'information²⁰ et des externalités positives²¹ dans le secteur de la santé, la pression de l'Etat est légitime pour stimuler une concurrence basée sur la qualité pour attirer les patients. Lors de l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie, cette concurrence était au centre des préoccupations. Au cours des dix dernières années, les

Nous proposons d'octroyer une responsabilité subsidiaire à l'Etat afin de garantir l'introduction d'un benchmarking public.

20 Dans de nombreux cas, le patient n'est pas en mesure d'évaluer la qualité du diagnostic, de l'indication et du traitement. La publication des résultats peut compenser partiellement cette asymétrie.

21 Les mesures qui améliorent le traitement, minimisent les erreurs et les complications et accélèrent la guérison permettent de réduire les coûts à la charge de l'assurance maladie. Des patients mieux soignés représentent également une charge moins lourde pour leurs proches et peuvent retourner plus rapidement au travail.

milieux politiques et l'administration se sont toutefois moins préoccupés des standards de qualité que des tâches de gestion et de contrôle visant à influencer les coûts. La dernière stratégie en matière de santé 2020–2030 du Conseil fédéral (Bundesrat 2019) illustre bien les erreurs commises jusqu'à présent. Dans ce document de 32 pages, le mot «concurrence» n'est mentionné qu'une seule fois. Malgré des interventions dans le système, l'évolution des coûts n'a connu qu'une seule direction : vers le haut. Il est temps que les milieux politiques et l'administration s'engagent davantage en faveur de conditions-cadres qui permettent aux différents prestataires de faire valoir leur avantage concurrentiel en termes de qualité et de valeur pour le patient.

Mesure 7

Publication d'indicateurs de qualité minimaux, spécifiques à chaque maladie, dans les domaines stationnaire et ambulatoire.

Mesure 8

Définition d'un calendrier pour l'introduction progressive du benchmarking par la Confédération.

5_ Conclusion : vers un système de santé basé sur la valeur

Dans cette publication, nous avons présenté trois étapes permettant de mettre en place un système de santé basé sur la valeur. Premièrement, des indicateurs de qualité des résultats doivent être définis et mesurés afin d'analyser la qualité de la prestation de services au sein d'une organisation. Deuxièmement, il faut des mécanismes financiers qui rémunèrent de manière adéquate la valeur ajoutée d'une meilleure prise en charge pour le patient. Il s'agit de permettre un partage des dividendes de la qualité entre tous les fournisseurs de prestations qui ont investi dans la qualité. La troisième étape consiste à instaurer la transparence sur la qualité et les coûts des soins. Cela permet aux fournisseurs de prestations de s'orienter vers les meilleures pratiques et aux patients (ou à leurs référents) de faire un choix éclairé de fournisseurs de prestations.

5.1_ La numérisation et la gestion des données comme facteurs clés

Deux conditions sont nécessaires pour se diriger vers un système VBHC en Suisse. D'une part, la possibilité de saisir et de partager les données sous forme numérique. D'autre part, celle d'utiliser les ressources en personnel limitées de manière adéquate.

5.1.1 La nécessité d'une infrastructure numérique qui fonctionne

Un système VBHC doit reposer sur une infrastructure numérique fonctionnelle qui soutient la récolte, l'analyse et la comparaison de données d'outcome standardisées au sein d'une institution. Cette infrastructure permet l'interopérabilité avec d'autres fournisseurs de prestations, afin que les données soient échangées au-delà des silos.

En Suisse, la récolte de données médicales se heurte à une large résistance. Selon un sondage du cabinet de conseil Deloitte (2023), 45 % des personnes interrogées craignent que leurs données soient utilisées à mauvais escient ou volées. Le rejet catégorique de la loi sur l'identité électronique par 64 % des voix lors de la votation populaire de mars 2021 reflète ce scepticisme à l'égard de la numérisation des services. Dans ce contexte, un système VBHC doit garantir la protection et la souveraineté des données des individus.

Dans ce cadre, il est important que les professionnels de santé accompagnent étroitement leurs patients dans le cadre de l'enquête Proms et Prems et discutent avec eux des résultats avant, pendant et après un traitement. Les patients voient ainsi directement l'utilité des mesures de qualité et la manière dont elles contribuent à améliorer leur traitement. Cela permet d'instaurer la confiance dans le traitement des données.

5.1.2 Une gestion des données allégée comme objectif

La récolte de données centrée sur le patient permet d'optimiser le système de santé. Elle ne doit cependant pas augmenter la charge administrative des médecins et du personnel soignant. Les craintes à ce sujet doivent être prises au sérieux. Toutefois, l'introduction du concept VBHC n'implique pas nécessairement une charge bureaucratique supplémentaire.

D'une part, la saisie des données peut être confiée à des partenaires externes. D'autre part, le travail de saisie des indicateurs centrés sur le patient est souvent effectué par les patients eux-mêmes. Ceux-ci remplissent par exemple les questionnaires Proms avant la consultation, chez eux, dans la salle d'attente ou en ligne. Cela permet non seulement de minimiser la charge administrative, mais aussi de faire gagner du temps aux professionnels de santé. Lors d'une consultation normale, les professionnels de santé passent en revue point par point l'état de santé du patient. Avec une saisie préalable par le patient, le professionnel de santé, par exemple le médecin ou le physiothérapeute, peut se concentrer sur les aspects décisifs.

Afin de réduire la charge administrative au strict nécessaire, il convient d'identifier les éléments qui sont significatifs pour les professionnels de santé et les patients. L'enquête doit se focaliser uniquement sur ces éléments. Les cimetières de données sont à éviter. Il ne s'agit pas de mesurer toujours plus, mais de mieux mesurer. Une sélection d'indicateurs standards reconnus au niveau international suffit souvent à introduire des mesures d'amélioration de la qualité. De plus, l'utilisation (partielle) d'indicateurs reconnus au niveau international simplifie à long terme la comparaison avec d'autres institutions ou pays.

Les cimetières de données sont à éviter. Il ne s'agit pas de mesurer toujours plus, mais de mieux mesurer.

L'introduction de Proms et de Prems est un moyen d'approfondir la réflexion sur la manière dont les autres données relatives à la qualité sont aujourd'hui récoltées et utilisées. Les informations ne doivent pas être recueillies plusieurs fois, notamment dans un souci de cohérence. L'idéal est de se baser sur des données récoltées par d'autres systèmes informatiques, comme les résultats de laboratoire ou les factures de prestations. Il convient ainsi de renoncer aux récoltes de données moins utiles effectuées jusqu'à présent.

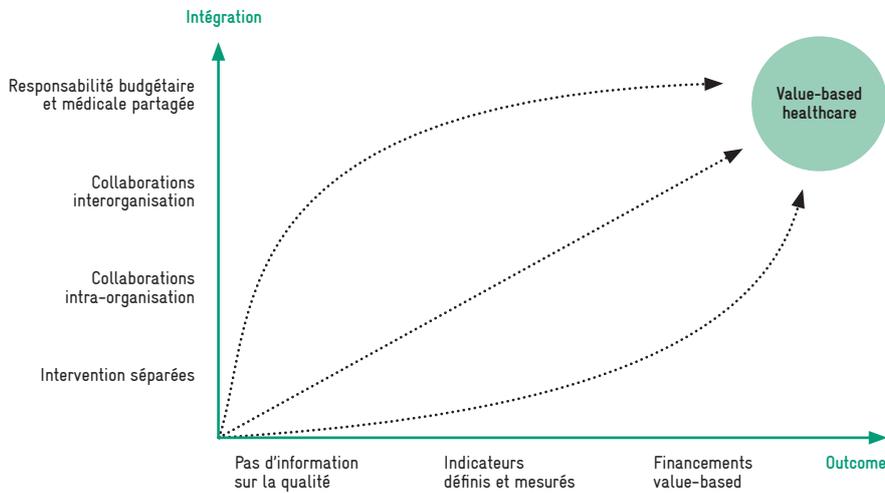
5.2_ Deux axes à approfondir pour plus de valeur

Une transformation en profondeur du système de santé nécessite un changement non seulement des processus, mais aussi de la culture. Un tel changement ne peut pas se faire du jour au lendemain, surtout dans le contexte fédéral et décentralisé de la Suisse. Une révolution rapide des structures et des mentalités n'est ni probable, ni nécessaire. Un modèle VBHC doit être porté de manière «bottom-up» par les acteurs du système de santé, ce qui nécessite une approche incrémentale. Celle-ci peut se faire le long de deux axes : un axe d'intégration et un axe d'outcome (voir figure 7).

Figure 7

Différents chemins vers un système de santé basé sur la valeur

On peut arriver à un système basé sur la valeur en suivant deux chemins différents. L'un vise à renforcer l'organisation des soins intégrés, l'autre à mesurer et à financer des indicateurs d'outcome.



Source : propre représentation sur la base de Klop et Rutte (2021)

Axe d'intégration

Avancer sur cet axe consiste à favoriser l'intégration au sein d'une institution (voir chapitre 2). Il s'agit d'optimiser les processus et la collaboration entre les services, c'est-à-dire d'améliorer la communication, d'éviter les doublons et de réduire les erreurs.

L'intégration le long du parcours de soins du patient peut être renforcée de manière douce (soft integration) en concluant des accords de prestations entre les hôpitaux et les institutions en amont et en aval. Ceux-ci règlent les processus, l'échange de données et les standards de qualité.

Enfin, l'intégration peut prendre une forme plus poussée (hard integration) en intégrant formellement dans une structure juridique l'ensemble des acteurs qui partagent une responsabilité médicale et budgétaire. Exemples : les réseaux avec responsabilité budgétaire ou les centres de santé regroupant des fournisseurs de prestations ambulatoire et stationnaire.

L'objectif n'est pas une intégration complète dans une seule grande institution, comme le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni. Il s'agit plutôt de créer différents groupes de fournisseurs de prestations. Tous doivent pouvoir faire valoir leurs avantages concurrentiels à leur manière afin de gagner les faveurs des patients et des professionnels de santé.

Axe d'outcome

S'engager sur l'axe d'outcome revient à définir, à mesurer et à évaluer les données relatives à la qualité des résultats médicaux qui sont importants pour le patient. Les institutions identifient ainsi les maladies sur lesquelles elles souhaitent se focaliser et pour lesquelles elles sont prêtes à développer des modèles de financement basés sur la qualité plutôt que sur le volume. C'est actuellement l'approche la plus fréquente dans les projets pilotes lancés jusqu'à présent en Suisse (voir chapitre 3). Dans cette approche, on recherche plutôt une intégration «en profondeur» pour une maladie spécifique.

Si l'on étend la mesure de l'outcome à un grand nombre de pathologies avant de se pencher sur un modèle de financement potentiel, l'intégration sera plus «en largeur» qu'en «profondeur». L'Hôpital universitaire de Bâle, par exemple, a d'abord introduit la mesure de Proms pour plus de 10 pathologies avant de lancer un projet pilote de financement avec l'assurance Groupe Mutuel.

On peut avancer sur les deux axes de manière successive ou simultanée et ceux-ci se renforcent même mutuellement. Chaque organisation choisit la voie qui lui convient le mieux en fonction de ses préférences et de l'écosystème régional.

5.3_ Une réponse libérale aux défis du système de santé

Le système de santé suisse est souvent présenté comme un système complexe et difficile à réformer dans lequel les mauvaises incitations sont inévitables et les intérêts des acteurs sont figés. Une approche centrée sur le patient, telle que le value-based healthcare, favorise la valeur plutôt que le volume, la concurrence sur la qualité plutôt que sur les coûts et se prête à un changement de paradigme.

D'un point de vue libéral, un système de santé basé sur la valeur (value-based healthcare) est idéal pour orienter le système de santé vers les besoins des patients. Il offre la possibilité de réduire les mauvaises incitations économiques dans le système de santé et de placer les besoins de la population au premier plan. L'accent est mis sur les bénéfices pour le patient tout au long du parcours de soins, plutôt que sur les prestations fournies individuellement. Il est ainsi plus facile de garantir que chaque individu reçoive les meilleurs soins médicaux possibles, avec le moins de traitements inutiles dont les coûts sont répercutés sur les assurés ou les contribuables. Un système de soins de santé basé sur la valeur encourage la coopération entre les institutions et les réseaux de soins décentralisés. Les fournisseurs de prestations répondent ainsi de manière flexible et différenciée aux besoins de leurs patients et adaptent leurs prestations en conséquence, en collaboration avec toutes les organisations impliquées dans le processus de soins. Cette approche contribue à ce que chaque patient soit pris en charge selon ses besoins.

Un système de santé basé sur la valeur permet de réduire les mauvaises incitations économiques dans le système de santé et de placer les besoins de la population au premier plan.

Enfin, un système de soins de santé basé sur la valeur contribue à promouvoir la qualité des prestations par la concurrence plutôt que par l'intervention de l'Etat. Cela conduit à un niveau de qualité plus élevé et à de meilleurs résultats. Une qualité plus élevée va généralement de pair avec moins de doublons, moins d'erreurs et moins de complications. Cette approche permet ainsi de réduire les coûts et, en fin de compte, les primes d'assurance-maladie.

Tout le monde peut profiter de ce changement de paradigme. Les principaux concernés, les patients, reçoivent des soins qui se concentrent sur leurs besoins. La qualité est ajustée aux dimensions médicales qui comptent pour les patients.

Pour les professionnels de santé, cela signifie qu'ils retrouvent le cœur de leur engagement : fournir une prestation médicale qui apporte aux patients le plus grand bénéfice possible tout au long du parcours de soins. Pour les fournisseurs de prestations en tant qu'employeurs, l'approche VBHC permet de se démarquer de la concurrence. Ils gagnent ainsi les faveurs des patients (ou de leurs référents) et du personnel spécialisé qui se fait rare.

Pour les assurances-maladie, s'engager pour une plus grande valeur des soins contribue à améliorer la qualité des prestations et donc à freiner la croissance des coûts. Elles peuvent ainsi proposer des primes attractives, mais pas seulement : les modèles d'assurance basés sur la qualité permettent aux assureurs de se défaire de leur image de simples contrôleurs de factures et de se positionner comme des partenaires qui accompagnent leurs assurés dans leur santé.

Enfin, la société bénéficie d'un système de santé efficient qui utilise mieux les ressources pour répondre à la demande croissante de services de santé et à la raréfaction du personnel qualifié.

Le chemin vers un système value-based healthcare est long. La présente étude propose des solutions et des stratégies pour éliminer les principaux obstacles dans cette direction. D'un point de vue libéral, il convient de privilégier une approche incrémentale, par le bas («bottom-up»), afin de progresser à petits pas. Dans une Suisse décentralisée et fédérale, une approche «top-down» avec des objectifs ambitieux risque de se perdre dans les méandres administratifs et politiques.

Il est donc crucial de développer une vision commune d'un système de santé basé sur la valeur parmi les fournisseurs de prestations, les sociétés médicales, les associations de patients et les assureurs. Une telle approche permet de réduire les incitations, d'orienter les intérêts des parties prenantes vers l'objectif commun et de favoriser la flexibilité et la résilience du système de santé suisse grâce à une organisation décentralisée.

Pour les fournisseurs de prestations en tant qu'employeurs, l'approche VBHC permet de se démarquer de la concurrence. Ils gagnent ainsi les faveurs des patients et du personnel spécialisé.

Etat de la mesure de la qualité en Suisse

Stationnaire

Soins somatiques aigus

Structure et processus

Avec l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012, les fournisseurs de prestations ont été contraints de relever et fournir des données concernant le coût et la qualité de leurs prestations médicales (voir art. 49 LAMal et art. 59a LAMal). Sur la base des données de l'initiative «Qualitätsmedizin», l'OFSP publie chaque année depuis 2012 des Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI)²² qui fournissent des informations sur le nombre de cas et le taux de mortalité pour différentes pathologies.

Les hôpitaux accordent une accordance particulière à la qualité et au suivi des guidelines en chirurgie, en anesthésie et en soins des personnes âgées hospitalisées, bien que les données soient peu disponibles (Vincent et Staines 2019).

Outcome – Croms

En parallèle, l'association nationale pour le développement de la qualité (ANQ) réalise et publie des données d'outcomes généraux sur les réadmissions et réopérations, les infections du site chirurgical, les chutes et escarres depuis 2009 (ANQ 2023b). En 2012, les plus de 380 hôpitaux et cliniques ont intégré le programme ANQ après la signature du contrat qualité national ANQ par la faitière des hôpitaux H+, la faitière des assurances santésuisse et la Conférence des Directeurs cantonaux de la santé (CDS). En 2012, le registre SIRIS est intégré à l'ANQ. Depuis 2021, il contient également des informations sur les chirurgies spinales. Il est géré par la Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie de l'appareil locomoteur (swiss orthopaedics, société suisse de neurochirurgie, société suisse de Chirurgie du Rachis).

L'ANQ récolte également des données pour la réadaptation et la psychiatrie. Les mesures d'outcomes généraux dans les cliniques psychiatriques sont les suivantes : l'importance des symptômes et leur évolution

22 Fondée en 2008, l'Initiative «Qualitätsmedizin» propose des indicateurs de qualité pour le domaine stationnaire. Les grands hôpitaux allemands et suisses ont adhéré au projet sur une base volontaire (IQM 2023).

au cours du séjour (tant du point de vue du professionnel de santé que du patient) et la fréquence des mesures limitatives de liberté (telles que l'isolement, la restriction de la liberté de mouvement, ou la médication contre le gré) (ANQ 2021).

Outcome – Proms et Prems

En Suisse, la perspective du patient se limite souvent aux enquêtes de satisfaction lors de leur séjour à l'hôpital. Elles ont souvent plus à voir avec la qualité des services d'hôtellerie qu'avec les soins reçus. L'ANQ récolte en outre des mesures plus orientées sur l'expérience telles que la possibilité de poser des questions ou la durée d'hospitalisation (ANQ 2023d).

Si peu de médecins déclarent récolter des Proms (7,7 %, contre 57,4 % au Royaume-Uni et 24,4 % aux Pays-Bas) (Pahud et Dorn 2023), les Proms font progressivement leur entrée en Suisse. Les institutions elles-mêmes donnent l'impulsion : l'hôpital universitaire de Bâle (USB) fait office de précurseur. Depuis 2017, il a progressivement introduit 14 sets ICHOM pour des domaines tels que l'orthopédie, l'oncologie ou les maladies chroniques. A ce jour, près de 6000 patients sont inclus dans leurs programmes (Rüter 2021). Mentionnons aussi le partenariat que l'USB a conclu en 2020 avec Roche Pharma AG et Roche Diagnostic AG sur l'utilisation des Proms. Ceux-ci doivent être récoltés pour les patients atteints de cancer du poumon et intégrés dans le parcours de soin. Les données anonymisées sont transmises à l'entreprise pharmaceutique afin de développer des thérapies personnalisées (Meier 2020).

D'autres hôpitaux et cliniques intègrent également les Proms dans leur analyse de la qualité, comme l'hôpital de La Tour à Genève (Hôpital de La Tour 2021a), dont plusieurs services, notamment celui de l'orthopédie, utilisent les Proms dans leur pratique quotidienne.

Au niveau cantonal, les exigences en termes de prise en compte des patients se développent également. Depuis 2019, le canton de Zurich requiert que les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière récoltent des Proms pour les patients recevant une prothèse de hanche et de genou, avant et une année après l'intervention (Kanton Zürich 2019). Les Proms sont transmis dans le registre SIRIS, où ils viennent compléter les indicateurs cliniques standards. La qualité des résultats est évaluée par swiss orthopedics (Kanton Zürich 2019). Les hôpitaux des cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Soleure doivent également relever des Proms et livrer leurs résultats aux cantons (Kanton Basel 2021).

Enfin, des initiatives pour promouvoir ces instruments ont aussi été lancées au niveau fédéral. En 2021, une interpellation demandait l'obligation de l'utilisation des Proms (Wyss 2021). Le Conseil fédéral a estimé que de nouveaux indicateurs pouvaient être élaborés dans le cadre des conventions de qualité entre les partenaires tarifaires et n'a pas reconnu le besoin d'agir en plus. En 2022, la Commission fédérale de la qualité a lancé un projet pour le développement et l'application de Proms (Bundesrat

2022b) et participe au projet PaRIS de l'OCDE, qui consiste à recueillir les résultats et les expériences de patient atteints de maladies chroniques (OECD 2023). Enfin, dans sa stratégie qualité, l'OFSP mentionne aussi la nécessité de développer l'utilisation des proms (BAG 2022).

Etablissements médico-sociaux (EMS)

Structure et processus

L'OFS publie chaque année depuis 1997 la statistique des institutions médico-sociales (Somed) qui décrit l'infrastructure et le personnel des différents EMS du pays (BFS 2023b).

Outcome

Dans le cadre d'un projet pilote chapeauté par la faitière des prestataires de service pour les personnes âgées (Curaviva) en collaboration avec l'OFS et l'OFSP, six indicateurs de qualité des résultats portant sur quatre thèmes ont été définis : mesures limitant la liberté de mouvement, malnutrition, polymédication, douleur, cette dernière prévoyant une autoévaluation de la part du patient. Les résultats ont été publiés pour la première fois en 2022. La mauvaise qualité des données récoltées a forcé l'OFSP à agréger au niveau cantonal et non par institution. Ainsi, il n'est pas (encore) possible de tirer des conclusions sur la qualité des soins dans un EMS en particulier.

Ambulatoire

Cabinets médicaux

Structure et processus

La Suisse accuse un retard dans la récolte d'indicateurs de qualité dans les cabinets médicaux en comparaison internationale (OECD 2013 ; Bundesrat 2015). Les rares initiatives de mesure de la qualité se réduisent à des systèmes de certification, principalement de structure et de processus.

Par exemple, la fondation Equam (2023) met à disposition des standards de qualité pour les cabinets médicaux et pour des maladies souvent traitées en ambulatoire comme le diabète, l'hypertension et la cardiopathie coronarienne. Ces standards mesurent en particulier les processus (contrôles réguliers et documentations compréhensibles) et les structures (formation continue, logiciels informatiques), progressivement complétés par des résultats cliniques (taux d'atteinte des objectifs pour les patients atteints de diabète ou d'hypertension). Dans le cadre des certifications Equam, les Prems sont systématiquement recueillis à l'aide d'un instrument de saisie validé au niveau international (Europep). Dans un

avenir proche, des Proms seront également proposés aux médecins de premiers recours.

La collecte d'indicateurs de qualité au sein des réseaux de médecins est la plus avancée. Les réseaux récoltent des données de qualité sur l'adhésion aux guidelines ou la polymédication. Par exemple, les réseaux de médecin tels que Medix, Delta, ou encore Sanacare utilisent ces données dans le cadre de cercles de qualité organisés pour que les médecins échangent leurs pratiques et leur expérience. Les assurances-maladie développent également des indicateurs de qualité. Helsana, par exemple, a élaboré un ensemble de 24 indicateurs couvrant la polymédication, les soins gériatriques, les maladies respiratoires et cardio-vasculaires ainsi que le diabète (Blozik et al. 2018). Ces données sont utilisées pour négocier des contrats avec les fournisseurs de prestations.

En 2021, la Commission de qualité de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSIMG) a publié six indicateurs de qualité de processus à prendre en compte dans la médecine ambulatoire : la proportion de patients pour lesquels le médecin de famille envoie un rapport de transfert en cas d'hospitalisation ou de consultation chez un spécialiste, celle de patients qui disposent de directives anticipées, celle de patients âgés de 65 ans et plus et prenant au moins cinq médicaments au long cours et enfin celle de patients âgés de 65 ans et plus interrogés sur la fréquence et le mode de chutes survenues au cours des 12 derniers mois (Wertli et al. 2021).

Outcome

Si l'utilisation des Proms est plus commune dans le stationnaire, les projets pilotes se développent dans une moindre mesure dans l'ambulatoire. En collaboration avec la ZHAW, la fondation Equam a participé à un projet de Proms dans la médecine de famille (Stahl et al. 2021).

En janvier 2022, l'ANQ a lancé un projet pilote pour mesurer la qualité des soins dans le domaine des soins aigus ambulatoires pour les interventions sur hernie inguinale unilatérale et les arthroscopies du genou en cas de lésion du ménisque. Le projet prévoit également de récolter des Proms et des Prems. Les résultats sont attendus en 2023 (ANQ 2023e).

Spitex

Peu d'indicateurs sont relevés au niveau cantonal ou fédéral pour les soins à domicile (Vincent et Staines 2019). Il existe toutefois des indicateurs de qualité développés par un consortium international de recherche (InterRAI²³) pour évaluer la qualité des soins à domicile (Resident Assessment Instrument Home-Care RAI-HC).

23 InterRAI (International Resident Assessment Instrument) est un consortium fondé en 1993 et composé de professionnels de santé qui développe des outils de mesure et des protocoles de soins. Leur travail se concentre en particulier sur les populations vulnérables susceptibles de bénéficier de soins à domicile, comme les personnes âgées, en situation de handicap ou souffrant de troubles psychiques (InterRAI 2023).

Depuis 2010, quelques établissements en Suisse utilisent une version adaptée et plus courte (mise à jour en 2020) (Spitex Schweiz 2023). Ces indicateurs mesurent des résultats tels que la déshydratation, la malnutrition, les ulcères ou encore la gestion de la douleur. A ce jour, ces indicateurs de qualité ne sont pas reportés de manière systématique et servent avant tout au suivi de la qualité à l'interne pour les institutions qui les utilisent. Une récente étude a par ailleurs pointé du doigt l'obsolescence de plusieurs de ces mesures (Wagner et al. 2020).

La Commission fédérale de la qualité développe actuellement des indicateurs et certains cantons (par exemple le canton d'Argovie) proposent des indicateurs de qualité, bien que limités principalement à des structures et du processus (Kanton Aargau 2021).

Bibliographie

- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2021): **Importance des symptômes et mesures limitatives de liberté – Psychiatrie stationnaire pour adultes**. Bern: w hoch 2 GmbH.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2023a): **Messergebnisse Akutsomatik**. ANQ. <https://anq.cubetech.site/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/>. Consulté le 14.04.2023.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2023b): **Messinformation Akutsomatik**. ANQ. <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/>. Consulté le 13.04.2023.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2023c): **Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie**. ANQ. <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/implantat-register-siris/>. Consulté le 14.04.2023.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2023d): **Satisfaction des patients (interdisciplinaire)**. ANQ. <https://www.anq.ch/fr/domaines/satisfaction-des-patients-interdisciplinaire/>. Consulté le 14.04.2023.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2023e): **Soins aigus hospitaliers ambulatoires**. ANQ, 2023. <https://anq.cubetech.site/fr/domaines/soins-aigus/informations-sur-les-mesures-en-soins-aigus/soins-aigus-hospitaliers-ambulatoires/>. Consulté le 14.04.2023.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; H+, Die Spitäler der Schweiz; SAMW, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften; et unimedsuisse, Universitäre Medizin Schweiz (2019): **Empfehlungen zum Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Registern**. https://www.fmh.ch/files/pdf7/register_empfehlungen.pdf.
- Arditi, Chantal (2019): **Les mesures rapportées par les patient-e-s : concepts et utilisations**. Gehalten auf der Colloque du DESS. https://www.unisante.ch/sites/default/files/upload/pdf2019-11/Colloque_DESS_PROMs_%26_PREMs_20191105.pdf.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2022a, décembre 5): **KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2**. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-aenderung-massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-2.html>. Consulté le 06.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2022b): **Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie)**. Bern. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.html>. Consulté le 11.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2022c): **Koordinierte Versorgung**. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>. Consulté le 12.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2023a, janvier 19): **KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1**. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html>. Consulté le 06.04.2023.

- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2023b, janvier 24): Nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues à partir du 1^{er} juillet 2022. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Nicht-aerztliche-Leistungen/neuregelung-der-psychologischen-psychotherapie-ab-1-juli-2022.html>. Consulté le 06.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2023c, avril 4): Umsetzung Art. 117b BV (Pflegeinitiative). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative.html>. Consulté le 06.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2023d): Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.html>. Consulté le 17.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2023e): Verteilung der Versicherten per 31.12. nach Versicherungsform 1 ab 1996. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>. Consulté le 13.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2023f): Krankenversicherung; Risikoausgleich. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/risikoausgleich.html>. Consulté le 17.04.2023.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2022): Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes – 1995–2020 | Tabelle. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/22324828>. Consulté le 12.04.2023.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2023a): Kosten, Finanzierung. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitskosten-finanzierung.html>. Consulté le 11.04.2023.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2023b): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitserhebungen/somed.html>. Consulté le 14.04.2023.
- Blozik, Eva; Reich, Oliver; Rapold, Roland; et Scherer, Martin (2018): Evidence-based indicators for the measurement of quality of primary care using health insurance claims data in Switzerland: results of a pragmatic consensus process. In: BMC Health Services Research, 18(1). doi:10.1186/s12913-018-3477-z
- Bonvin, Eric (2023): L'hôpital aux urgences? Infrarouge, rts.ch. <https://www.rts.ch/emissions/infrarouge/13780837-lhopital-aux-urgences.html>. Consulté le 06.04.2023.
- Brunner, Beatrice; Wieser, Simon; Maurer, Matthias; Stucki, Michael; Nemitz, Janina; Schmidt, Marion; et al. (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Zürich: ZHAW und Intras im Auftrag vom BAG.
- Bundesrat (2015): Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2016/65/de>.
- Bundesrat (2017, juin 16): Médecine complémentaire : nouvelles règles de remboursement. <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-67050.html>. Consulté le 06.04.2023.
- Bundesrat (2019): Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>. Consulté le 14.04.2023.
- Bundesrat (2022a): Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung 2022-2024. Bern: BAG. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.html>.

- Bundesrat (2022b): Jahresziele 2023, Eidgenössische Qualitätskommission (EQK). Bern. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-qualitaetskommission-eqk.html>. Consulté le 11.04.2023.
- Bundesrat (2022c): Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2022/2427/de>. Consulté le 13.04.2023.
- Busse, Reinhard; Klazinga, Niek; Panteli, Dimitra; et Quentin, Wilm (2019): Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327356>. Consulté le 13.04.2023.
- Bütikofer, Anne-Geneviève; Gilli, Yvonne; Götschi, Anne Sybil; Kraft, Esther; Luchsinger, Philippe; Mesnil, Marcel; et al. (2023): Koordination stärken statt Koordination überregulieren. In: Schweizerische Ärztezeitung, 104(1415), p. 26–30. EMH Media. doi:10.4414/saez.2023.21690
- BVGer, Bundesverwaltungsgericht (2014): Urteil vom 11. September 2014. C2283/2013.
- Calmus, Sophie; Thuong, Cong-Tri; Morin, Sandrine; et May-Michelangeli, Laetitia (2021): Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs. Paris: Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_premis_2021.pdf.
- Campanella, Paolo; Vukovic, Vladimir; Parente, Paolo; Sulejmani, Adela; Ricciardi, Walter; et Specchia, Maria Lucia (2016): The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. In: BMC Health Services Research, 16(1), p. 296. doi:10.1186/s12913-016-1543-y
- Chen, Jack; Ou, Lixin; et Hollis, Stephanie J. (2013): A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers and health organisations in an oncologic setting. In: BMC health services research, 13, p. 211. doi:10.1186/1472-6963-13-211
- Chmiel, Corinne; Reich, Oliver; Signorell, Andri; Neuner-Jehle, Stefan; Rosemann, Thomas; et Senn, Oliver (2018): Effects of managed care on the proportion of inappropriate elective diagnostic coronary angiographies in non-emergency patients in Switzerland: a retrospective cross-sectional analysis. In: BMJ Open, 8(11), p. e020388. doi:10.1136/bmjopen-2017-020388
- Compassana (2023): Compassana – über uns. Compassana. <https://www.compassana.ch/de/ueber-compassana>. Consulté le 13.04.2023.
- Cosandey, Jérôme; Roten, Noémie; et Rutz, Samuel (2018): Gesunde Spitalpolitik. Zürich: Avenir Suisse. <https://avenir-suisse.ch/publication/gesunde-spitalpolitik/>. Consulté le 13.04.2023.
- Credit Suisse (2022): Credit Suisse Sorgenbarometer 2022. Umfrage November 2022.
- Curafutura (2022, juin 14): Psychologische Psychotherapie: Die Verbände der Psychologinnen und Psychologen, H+ Die Schweizer Spitäler, curafutura und die Einkaufsgemeinschaft HSK einigen sich auf einen Tarif für die von der Grundversicherung übernommene psychologische Psychotherapie. <https://curafutura.ch/psychologische-psychotherapie-die-verbaende-der-psychologinnen-und-psycho-logen-b-die-schweizer-spitaeler-curafutura-und-die-einkaufsgemeinschaft-hsk-einigen-sich-auf-einen-tarif-fuer-die-von-der/>. Consulté le 06.04.2023.
- Curia Vista, Das Schweizer Parlament (2023): Curia Vista. <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista>. Consulté le 11.04.2023.
- Das Schweizer Parlament (2022): Einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen soll auch die Pflege umfassen. <https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-s-2022-11-04.aspx>. Consulté le 13.04.2023.

- Deloitte (2023): Digitalisierung von Gesundheitsdaten. Umfrage 2023. <https://www2.deloitte.com/ch/de/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/digitalising-health-data-great-opportunities-amid-widespread-scepticism.html>. Consulté le 14.04.2023.
- Djalali, Sima; et Rosemann, Thomas (2015): Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselemente (Obsan Dossier 45). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2015-neue-versorgungsmodelle-fur-chronisch-krankte>. Consulté le 12.04.2023.
- Donabedian, Avedis (1988): The Quality of Care: How can it be assessed? In: Journal of the American Medical Association, 20(10), p. 1743–8.
- EIT Health (2020): Implementing Value Based Healthcare in Europe: Handbook for Pioneers. <https://eit.europa.eu/library/implementing-value-based-healthcare-europe-handbook-pioneers>. Consulté le 11.04.2023.
- Equam Stiftung, EQUAM (2023): EQUAM Stiftung – Vision und Mission. EQUAM Stiftung. <https://www.equam.ch/vision-und-mission/>. Consulté le 11.04.2023.
- Estevez, Sonia und Cosandey, Jérôme (2023): Wann sind neue Medikamente zu teuer? Avenir Suisse. <https://avenir-suisse.ch/publication/wann-sind-neue-medikamente-zu-teuer/>. Consulté le 05.04.2023.
- Etkind, Simon Noah; Daveson, Barbara A.; Kwok, Wingfai; Witt, Jana; Bausewein, Claudia; Higginson, Irene J.; et al. (2015): Capture, transfer, and feedback of patient-centred outcomes data in palliative care populations: does it make a difference? A systematic review. In: Journal of Pain and Symptom Management, 49(3), p. 611–624. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.07.010
- EuroQol Research Foundation (2023): EQ-5D instruments – EQ-5D. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>. Consulté le 11.04.2023.
- Expertengruppe (2017): Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bern.
- fmc, Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (2023): Alternative Versicherungsmodellmodelle (AVM) mit einer vertraglichen Regelung zwischen Krankenversicherern und ärztlichen Leistungserbringern sind das häufigste Versicherungsprodukt – Beeindruckendes kontinuierliches Wachstum.
- FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2023): Forum medizinische Register Schweiz. FMH. <https://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register/medizinische-register.cfm>. Consulté le 14.04.2023.
- GDK, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2022): Übersicht GDK «Ambulant vor stationär». Bern: Generalsekretariat GDK. <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification/lambulatoire-avant-le-stationnaire>. Consulté le 11.04.2023.
- Genoni, Michele (2019): From a surgical point of view. Department of Cardiovascular Surgery, University Hospital Zürich.
- gfs.bern (2022): Gesundheitsmonitor 2022. Umfrage Juni 2022. <https://www.interpharma.ch/blog/medienmitteilung-gesundheitsmonitor-2022-die-pandemie-bestaetigt-die-notwendigkeit-eines-schnellen-zugangs-zu-neuen-medikamenten/>. Consulté le 13.04.2023.
- Greenhalgh, Joanne; Gooding, Kate; Gibbons, Elizabeth; Dalkin, Sonia; Wright, Judy; Valderas, Jose; et al. (2018): How do patient reported outcome measures (PROMs) support clinician-patient communication and patient care? A realist synthesis. In: Journal of Patient-Reported Outcomes, 2, p. 42. doi:10.1186/s41687-018-0061-6
- Häberli-Koller, Brigitte (2019): Motion 19.3957 – Kostendeckende Finanzierung der Kinderspitäler bei effizient erbrachten Leistungen. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20193957>. Consulté le 06.04.2023.

- Haller, Elisa; Watzke, Birgit; Blozik, Eva; Rosemann, Thomas; Reich, Oliver; Huber, Carola A.; et al. (2019): Antidepressant prescription practice and related factors in Switzerland: a cross-sectional analysis of health claims data. In: *BMC Psychiatry*, 19(1), p. 196. doi:10.1186/s12888-019-2178-4
- Häusler, Elvira; Strehle, Oliver; et Koch, Ursula (2022): Value-based Healthcare – von der Theorie in die Praxis – Ein Leitfaden für die Umsetzung. *fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung*. <https://www.fmc.ch/de/fmc-publikation/Impulse/value-based-healthcare-leitfaden>. Consulté le 11.04.2023.
- Helsana (2023): EFAS; Das Pingpong-Spiel hat begonnen. Standpunkt: Magazin zur Gesundheitspolitik von Helsana (1/2023).
- Hess, Lorenz (2022): Interpellation 22.4334 – Qualitätsverbesserung als positiver Effekt auf die Kosten im Gesundheitswesen. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20224334>. Consulté le 06.04.2023.
- Hirschman, Albert O. (1972): *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hôpital de La Tour (2020): L'Hôpital de La Tour conclut un partenariat innovant pour l'achat de matériel médical, conditionné aux résultats médicaux. Hôpital de La Tour. <https://www.la-tour.ch/fr/actualites/lhopital-de-la-tour-conclut-un-partenariat-innovant-pour-lachat-de-materiel-medical>. Consulté le 13.04.2023.
- Hôpital de La Tour (2021a): Rapport sur la qualité 2020. Meyrin.
- Hôpital de La Tour (2021b): Le Groupe Mutuel, l'Hôpital universitaire de Bâle et l'Hôpital de La Tour développent une tarification fondée sur la qualité et la plus-value des soins. Hôpital de La Tour. <https://www.la-tour.ch/fr/actualites/le-groupe-mutuel-lhopital-universitaire-de-bale-et-lhopital-de-la-tour-developpent-une>. Consulté le 13.04.2023.
- Howell, D.; Molloy, S.; Wilkinson, K.; Green, E.; Orchard, K.; Wang, K.; et al. (2015): Patient-reported outcomes in routine cancer clinical practice: a scoping review of use, impact on health outcomes, and implementation factors. In: *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 26(9), p. 1846–1858. doi:10.1093/annonc/mdv181
- Huber, Carola A.; Meyer, Matthias R.; Steffel, Jan; Blozik, Eva; Reich, Oliver; et Rosemann, Thomas (2019): Post-myocardial Infarction (MI) Care: Medication Adherence for Secondary Prevention After MI in a Large Real-world Population. In: *Clinical Therapeutics*, 41(1), p. 107–117. doi:10.1016/j.clinthera.2018.11.012
- Huber, Carola A.; Reich, Oliver; Früh, Mathias; et Rosemann, Thomas (2016): Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland. In: *International Journal of Integrated Care*, 16(1), p. 11. doi:10.5334/ijic.2455
- Huber, Felix; Muheim, Leander; et Götschi, Anne Sybil (2020): Gute Medizin zu einem fairen Preis: Managed Care – eine typisch schweizerische Erfolgsgeschichte. In: Baumberger, Eleonore und Jürg; Giroud, Charles und Zeltner, Thomas (Hrsg.): *Herausforderung Gesundheitspolitik Schweiz*. Bern: Schriftenreihe der SGGP.
- Humbel, Ruth (2009): Parlamentarische Initiative 09.528 – Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20090528>. Consulté le 13.04.2023.
- ICHOM, l'International Consortium for Health Outcomes Measurement (2023): PATIENT-CENTERED OUTCOME MEASURES. ICHOM. <https://www.ichom.org/healthcare-standardization/>. Consulté le 11.04.2023.
- InterRAIL, International Resident Assessment Instrument (2023): interRAI | Improving Health Care Across The Globe. interRAI. <https://interrai.org/>. Consulté le 14.04.2023.

- IQM, Initiative Qualitätsmedizin (2023): Über IQM. <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/ueber-uns>. Consulté le 14.04.2023.
- James, Brent C., MD; et Poulsen, Gregory P. (2016, juillet 1): The Case for Capitation. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2016/07/the-case-for-capitation>. Consulté le 13.04.2023.
- Jungi, Marc (2022): Transparenz zu Qualität und Leistungskosten in der Managed Care Organisation Sanacare. Gehalten auf der HSK Forum 2022. https://ecc-hsk.info/application/files/6416/6327/6480/DE_Referat_Marc_Jungi_Sanacare_FINAL.pdf.
- Kanton Aargau (2021): Aargauer-Q-Care Indikatoren. <https://www.ag.ch/de/verwaltung/dgs/gesundheit/gesundheitsversorgung/qualitaet/spitex>. Consulté le 14.04.2023.
- Kanton Basel (2021): Nordwestschweiz. Gesundheitsversorgung. <https://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/spitaeler/qualitaetsicherung/nordwestschweiz.html>. Consulté le 11.04.2023.
- Kanton Bern (2022): Paradigmenwechsel im Schweizer Gesundheitssystem: Erste integrierte Versorgungsorganisation der Schweiz für den Jurabogen. Kanton Bern. <https://www.gsi.be.ch/de/start.html>. Consulté le 13.04.2023.
- Kanton Zürich (2019): Projektinformation der GD Zürich : Obligatorische Messung der Indikations- und Ergebnisqualität bei Patienten mit primären Hüft- und Knieprothesenoperationen in den Listenspitälern des Kantons Zürich.
- Kauer, Lukas (2017): Long-term Effects of Managed Care. In: Health Economics, 26(10), p. 1210–1223. doi:10.1002/hec.3392
- Klop, Gérard; et Rutte, Arno (2021): Value-Based Healthcare: The answer to our future healthcare challenges? – The sense and non-sense of VBHC today with recommendations for tomorrow. Baarn, NL: Vintura. <https://www.vintura.com/news/value-based-healthcare-our-healthcare-challenges-today-and-tomorrow/>.
- Kluzek, Stefan; Dean, Benjamin; et Wartolowska, Karolina A. (2022): Patient-reported outcome measures (PROMs) as proof of treatment efficacy. In: BMJ Evidence-Based Medicine, 27(3), p. 153–155. Royal Society of Medicine. doi:10.1136/bmjebm-2020-111573
- Kotronoulas, Grigorios; Kearney, Nora; Maguire, Roma; Harrow, Alison; Di Domenico, David; Croy, Suzanne; et al. (2014): What is the value of the routine use of patient-reported outcome measures toward improvement of patient outcomes, processes of care, and health service outcomes in cancer care? A systematic review of controlled trials. In: Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology, 32(14), p. 1480–1501. doi:10.1200/JCO.2013.53.5948
- KSW, Kantonsspital Winterthur (2021): Patientennutzen statt Leistungsmenge – ein innovativer Lösungsansatz. <https://www.ksw.ch/app/uploads/2021/10/medienmitteilung-de-patient-empowerment-initiative-ksw.pdf>
- Lam, Emily; Yee, Caitlin; Wong, Gina; Popovic, Marko; Drost, Leah; Pon, Kucy; et al. (2020): A systematic review and meta-analysis of clinician-reported versus patient-reported outcomes of radiation dermatitis. In: Breast (Edinburgh, Scotland), 50, p. 125–134. doi:10.1016/j.breast.2019.09.009
- Larsson, Stefan; Clawson, Jennifer; et Kellar Josh (2022): The Patient Priority: Solve Health Care's Value Crisis by Measuring and Delivering Outcomes That Matter To Patients. New York: McGraw Hill.
- Larsson, Stefan; Lawyer, Peter; Garellick, Göran; Lindahl, Bertil; et Lundström, Mats (2012): Use Of 13 Disease Registries In 5 Countries Demonstrates The Potential To Use Outcome Data To Improve Health Care's Value. In: Health Affairs, 31(1), p. 220–227. Health Affairs. doi:10.1377/hlthaff.2011.0762
- LaVela, Sherri; et Gallan, Andrew (2014): Evaluation and measurement of patient experience. In: Patient Experience Journal, 1(1), p. 28–36. doi:10.35680/2372-0247.1003

- Lordon, Ross J.; Mikles, Sean P.; Kneale, Laura; Evans, Heather L.; Munson, Sean A.; Backonja, Uba; et al. (2020): How patient-generated health data and patient-reported outcomes affect patient-clinician relationships: A systematic review. In: Health Informatics Journal, 26(4), p. 2689–2706. doi:10.1177/1460458220928184
- Luzerner Kantonsspital (2021): Gelebte Innovation zu Gunsten von Patientinnen und Patienten. Luzerner Kantonsspital. <https://www.luks.ch/newsroom/gelebte-innovation-zu-gunsten-von-patientinnen-und-patienten>. Consulté le 13.04.2023.
- Maillard, Pierre-Yves (2022, février 9): SGB-Präsident fordert Konsequenzen aus der Corona-Krise. Blick. <https://www.blick.ch/politik/coronavirus-sgb-praesident-fordert-konsequenzen-aus-der-corona-krise-id17219217.html>. Consulté le 06.04.2023.
- Marty, Fridolin (2022, octobre 20): Aktuelle politische Reformvorhaben: Wie kann Wettbewerb um kosten-effektive Ergebnisse gelingen? Gehalten auf der 11. Tagung der Plattform Qualitätsmedizin Schweiz.
- MediX (2023): mediX schweiz / mediX schweiz. <https://www.medix.ch/ueber-uns/medix-schweiz/>. Consulté le 13.04.2023.
- Meier, Christoph (2020, septembre 16): Patientennutzen: Unispital und Roche kooperieren. Medinside. <https://www.medinside.ch/post/unispital-und-roche-arbeiten-im-bereich-patientennutzen-zusammen>. Consulté le 11.04.2023.
- Minvielle, Etienne; Fourcade, Aude; et Ferrua, Marie (2019): Des enquêtes de satisfaction aux patient-reported outcomes: histoire des indicateurs de qualité du point de vue du patient et perspectives. In: Risques & Qualité, 16(4), p. 225–32.
- Newsweek (2022, septembre 14): World's Best Specialized Hospitals 2023. Newsweek. <https://www.newsweek.com/rankings/worlds-best-specialized-hospitals-2023>. Consulté le 13.04.2023.
- Obsan, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2023): Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung – Arthroskopische Menishektomie. <https://www.versorgungsatlas.ch>. Consulté le 11.04.2023.
- OECD (2011): OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-switzerland-2011_9789264120914-en. Consulté le 11.04.2023.
- OECD (2023): Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) – OECD. <https://www.oecd.org/health/paris/>. Consulté le 11.04.2023.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2019): Health Systems Characteristics Survey. 2016 wave. <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>. Consulté le 13.04.2023.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2021): Health at Glance. In: OECD Health Working Papers (Band 61). Paris. doi:10.1787/5k49h4p5g9mw-en
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2023a): Health expenditure and financing. <https://stats.oecd.org/index.aspx?lang=en#>. Consulté le 11.04.2023.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2023b): Life expectancy. Paris. <https://stats.oecd.org/index.aspx?lang=en#>. Consulté le 11.04.2023.
- Oncosuisse (2022): Handlungsbedarfs und Handlungsempfehlungen in der Schweizer Krebsversorgung: Daten und Register. Bern. https://www.oncosuisse.ch/wp-content/uploads/2022/11/oncosuisse-bericht_daten_und_register-2022.pdf.
- Pahud, Olivier; et Dorn, Michael (2023): Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2022 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). In: Obsan Bericht; 01/2023. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Parzer-Epp, Verena; Cosandey, Jérôme; et Dümmler, Patrick (2019): Klienten statt Patienten. *Avenir Suisse*, 2019. <https://avenir-suisse.ch/klienten-statt-patienten/>. Consulté le 13.04.2023.
- Peden, Carol J.; Stephens, Tim; Martin, Graham; Kahan, Brennan C.; Thomson, Ann; Rivett, Kate; et al. (2019): Effectiveness of a national quality improvement programme to improve survival after emergency abdominal surgery (EPOCH): a stepped-wedge cluster-randomised trial. In: *Lancet* (London, England), 393(10187), p. 2213–2221. doi:10.1016/S0140-6736(18)32521-2
- Piller Carrard, Valérie (2019): Interpellation 19.4292 – Wann wird die In-vitro-Fertilisation von der Krankenversicherung übernommen? <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20194292>. Consulté le 06.04.2023.
- Porchet, Léonore (2020): Postulat 20.4493 – Kampf gegen die Periodenarmut. Kostenloser Zugang zu Produkten der Monatshygiene. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20204493>. Consulté le 06.04.2023.
- Porter, Michael E.; et Teisberg, O. Elizabeth (2006): *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Prelicz-Huber, Katharina (2022): Parlamentarische Initiative 22.487 – Zahnbehandlungen erschwinglich machen. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20220487>. Consulté le 06.04.2023.
- PwC (2022): Zielbild für ein nutzenorientiertes Gesundheitswesen in der Schweiz. <https://www.pwc.ch/de/insights/gesundheitswesen/vbhc.html>. Consulté le 11.04.2023.
- Reich, Oliver; Rapold, Roland; et Blozik, Eva (2017): Der Patient im Managed-Care-Modell oder der Arzt als Teil eines Ärztenetzes: Was führt zum Effizienzgewinn? In: *Praxis*, 106(7), p. 351–358. Hogrefe AG. doi:10.1024/1661-8157/a002640
- Rüter, Florian (2021, novembre 10): Patienten können das kranke Gesundheitssystem heilen – man muss sie nur fragen. Gehalten auf der Novartis-Gesundheitsforum, Bern. https://platform.evenito.com/upload/ckfinder/2762a4b732e0dadef04de2038970f67b/files/211110_Novartis_GF_Rueter.pdf.
- Rüter, Florian (2022, avril 11): PROMs in der Schweiz. Gehalten auf der santeneXt-Webinar. https://cms.santenext.ch/bilder/innovationsprojekte/PROMs-in-der-Schweiz.-Input-von-Dr.-Med.-Florian-Ru%CC%88ter_2022-04-12-135722_prqf.PDF.
- Sanacare (2023): Über uns. Sanacare Gruppenpraxis. <https://www.sanacare.ch/wir-sind-sanacare/>. Consulté le 12.04.2023.
- Santésuisse (2020, avril 27): Im Extremfall plus 500 Millionen – santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer. <https://www.santesuisse.ch/details/content/im-extremfall-plus-500-millionen>. Consulté le 06.04.2023.
- Schaller, Philippe (2023): «Ce n'est pas dans l'ADN suisse d'obliger à être dans un modèle de santé» – Podcast d'Avenir Suisse. In: *Think Cast: La parole au romand – Avenir Suisse*. <https://avenir-suisse.ch/fr/podcasts/>. Consulté le 13.04.2023.
- Schusselé Fillietaz, Séverine; Kohler, Dimitri; Berchtold, Peter; et Peytremann-Bridevaux, Isabelle (2017): *Soins intégrés en Suisse*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan). <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2017-soins-integres-en-suisse>. Consulté le 12.04.2023.
- Shekelle, Paul G. (2009): Public performance reporting on quality information. In: Smith, Peter C.; Mossialos, Elias; Papanicolas, Irene; et Leatherman, Sheila (Hrsg.): *Performance Measurement for Health System Improvement* (p. 537–51). Cambridge: Cambridge University Press.

- Siris, Schweizerisches Implantat-Register (2018): Registre national des implants de hanche et de genou – Organisation et fonctionnement. Thun. https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/SIRIS_Dossier_Organisation_Fonctionnement.pdf.
- Spitex Schweiz (2023): Spitex CH Évaluation de besoin – Evaluation des besoins – Instruments d'interRAI – interRAI HomeCare Suisse. <https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/Evaluation-des-besoins/Instruments-dinterRAI/interRAI-HomeCare-Suisse/P6wOj/?lang=fr>. Consulté le 14.04.2023.
- Stahl, Johanna; Kobler, Irene; Schmelzer, Sarah; Liberatore, Florian; et Lehmann, Joel (2021): PROMs in der schweizerischen Grundversorgung : Arbeitspapier zur Auswertung von PROMs-Routinedaten der Hausarztpraxis. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. doi:10.21256/ZHAW-3128
- Swica (2022): Trio+: Integriertes Versorgungssystem für die Region Winterthur – SWICA. <https://www.swica.ch/de/ueber-swica/medien/medienstelle/medienmitteilungen/2022/trio-plus>. Consulté le 13.04.2023.
- Swiss DRG (2019): Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY. https://www.swissdr.org/application/files/8915/6051/1694/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY_Aenderungsdokumentation.pdf.
- Teisberg, O. Elizabeth (2007): Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health Care. Virginia: August 2007.
- Telser, Harry; et Meyer, Delia (2018): Kosteneinsparungen durch EFAS – Gutachten im Auftrag von CSS Versicherungen, Helsana Versicherungen, Swica Krankenversicherungen.
- Thieme (2023): Steuerung im Gesundheitswesen. via medici: leichter lernen – mehr verstehen. <https://viamedici.thieme.de/lernmodul/4976537/4954447/steuerung+im+gesundheitswesen>. Consulté le 11.04.2023.
- Vincent, Charles; et Staines, Anthony (2019): Enhancing the Quality and Safety of Swiss Healthcare. doi:10.13140/RG.2.2.22966.04160
- Wagner, Aylin; Zúñiga, Franziska; Rüesch, Peter; Schaffert, René; Dratva, Julia; et Group, on behalf of the HCD Research (2020): Selecting home care quality indicators based on the Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC) for Switzerland: A public health and healthcare providers' perspective. In: PLOS ONE, 15(12), p. e0244577. Public Library of Science. doi:10.1371/journal.pone.0244577
- Well (2023): Partner – Well. <https://www.well.ch/partner/>. Consulté le 13.04.2023.
- Wertli, Maria; Nuschin Djalali, Sima; Zirbs Savigny, Brigitte; Rohrbasser, Adrian; Lehmann, Joël; Jungi, Marc Michael; et al. (2021): Qualitätsindikatoren im ambulanten Bereich. In: Schweizerische Ärztezeitung, 102(47), p. 1565–1568. EMH Media. doi:10.4414/saez.2021.20289
- WHO, World Health Organization (2022): World Health Statistics: Annex 2. <https://www.who.int/data/gbo/publications/world-health-statistics>.
- Wyss, Sarah (2021): Interpellation 21.3656 – Obligatorium zur Nutzung vom Patient Reported Outcome Measures (Proms). <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20213656>. Consulté le 14.04.2023.
- Yang, L. Y.; Manhas, D. S.; Howard, A. F.; et Olson, R. A. (2018): Patient-reported outcome use in oncology: a systematic review of the impact on patient-clinician communication. In: Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 26(1), p. 41–60. doi:10.1007/s00520-017-3865-7

avenir suisse

Zurich

Puls 5 | Giessereistrasse 18
8005 Zurich
+41 44 445 90 00

Lausanne

Chemin de Beau-Rivage 7
1006 Lausanne
+41 21 612 66 14

avenir-suisse.ch
info@avenir-suisse.ch

ISBN 9978-3-907453-03-2