

Une concurrence axée sur la qualité des prestations dans le système de santé suisse

A la demande d'economiesuisse, du groupe de cliniques privées Hirslanden, d'Interpharma, de Swisscom et de l'Association Suisse d'Assurances (ASA), le professeur Elizabeth Olmsted Teisberg a étudié en profondeur le système de santé suisse. Dans son étude, elle propose une réorientation et esquisse une marche à suivre pour les réformes. A cet effet, le professeur Teisberg formule huit recommandations pour le système de santé suisse.

Position d'economiesuisse

Trois des recommandations énoncées sont essentielles du point de vue de l'économie. Premièrement, il faut accroître la transparence du système de santé. Cela mettrait en place les conditions nécessaires au fonctionnement d'une concurrence axée sur la qualité. Deuxièmement, la concurrence en termes de qualité des résultats ne doit plus être confinée à une échelle locale. Troisièmement, une meilleure utilisation des technologies de l'information permettrait d'améliorer la qualité et l'efficacité.

13 octobre 2008

Numéro 21

dossierpolitique

Concurrence axée sur la qualité des prestations dans le système de santé suisse : les possibilités et les opportunités¹

2. Modèle de concurrence axée sur la qualité des prestations développé par Porter et Teisberg

a) *Fondements et principes d'une concurrence axée sur la valeur ajoutée pour les patients*²

Trois domaines stratégiques

Dans « Redefining Health Care », Michael Porter et Elisabeth Teisberg exposent leur vision d'un système de santé concurrentiel et efficace.

Les auteurs de l'étude divisent le système de santé en trois domaines stratégiques :

- les coûts et l'accès à l'assurance maladie,
- la couverture d'assurance et la participation aux coûts et
- la structure du système de santé.

Objectif de la concurrence : améliorer la valeur ajoutée pour le patient

Les trois domaines jouent un rôle important. Toutefois, Michael Porter et Elizabeth Teisberg considèrent qu'à l'heure actuelle la politique de la santé accorde trop d'importance aux aspects assurantiels³. Dans leur ouvrage, ils examinent plus particulièrement la structure du système de santé.

L'analyse de Porter et Teisberg vise à montrer comment une concurrence axée sur la qualité des prestations de soins peut être mise en place. Dans le domaine de la santé, la concurrence devrait, selon eux, porter sur l'amélioration de la valeur ajoutée pour le patient. Cela implique d'optimiser les résultats des traitements par unité de coût. Du point de vue des patients, cette valeur ajoutée n'est pas obtenue uniquement par une multiplication des traitements, mais aussi par une amélioration de la santé ou l'obtention de meilleurs résultats en cas de traitement. Elle implique aussi de parvenir au même état de santé ou aux mêmes résultats médicaux à un coût moindre. Les auteurs estiment que la disponibilité d'informations sur la qualité des prestations est importante quand on veut améliorer la concurrence en termes de résultats médicaux. Les patients et les médecins référents ont besoin d'un certain nombre d'informations pour pouvoir choisir le traitement optimal pour une maladie. Porter et Teisberg présentent une hiérarchie des informations comportant quatre niveaux. Au niveau supérieur, se trouvent les informations relatives aux résultats par patient, ajustés aux risques⁴. Ces informations comprennent les résultats des traitements et leur prix. Il devient ainsi possible de comparer les fournisseurs de prestations. Au deuxième niveau, Porter et Teisberg placent les données issues de l'expérience. Ces données regroupent des informations émanant des différents services hospitaliers ou fournisseurs de soins impliqués dans le traitement des différentes pathologies (nombre de cas, fréquence des opérations, etc.). Elles servent aussi d'indicateur de qualité. Les informations relatives aux méthodes possibles viennent au troisième niveau. Enfin, au quatrième niveau, on trouve les caractéristiques de la demande. Il s'agit d'informations sur les caractéristiques spécifiques des patients et leurs souhaits. Elles comprennent, par exemple, l'âge, le sexe, la comorbidité, mais aussi les préférences des patients. Aujourd'hui, on dispose avant tout d'informations sur les méthodes. D'après Porter et Teisberg, les résultats ajustés aux risques sont les informations les plus importantes.

¹ Prof. Elizabeth Olmsted Teisberg, Darden Graduate School of Business, University of Virginia, USA (traduction de l'anglais)

² Une concurrence qui vise à améliorer la santé des patients et les résultats des traitements.

³ Porter/Teisberg (2006) analysent le système de santé américain. Leur analyse s'avère également pour le système de santé suisse, cf. Olmsted-Teisberg (2008)

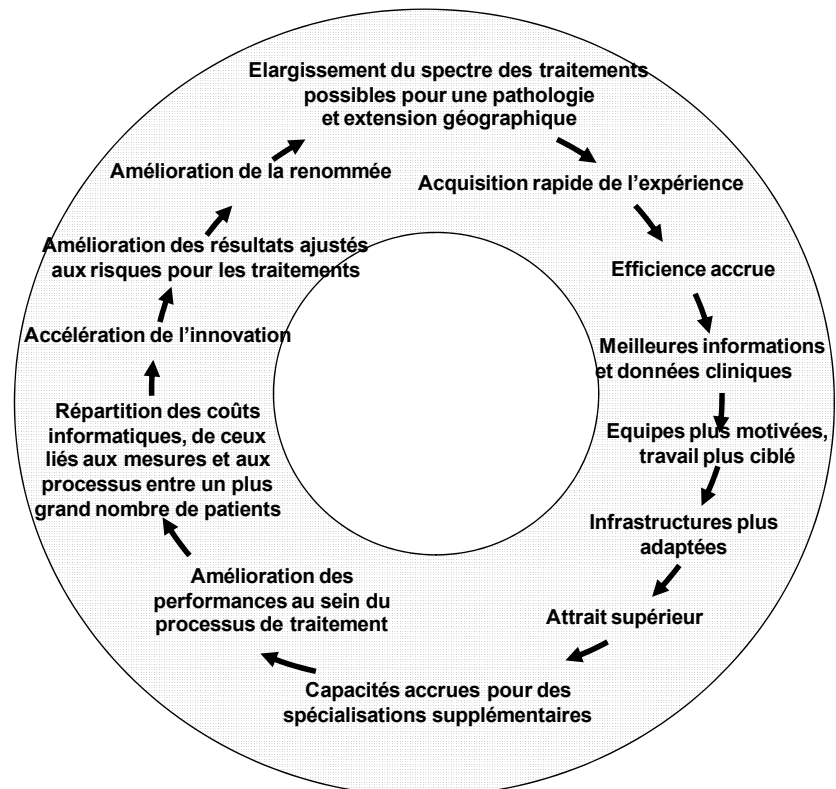
⁴ Ajustement de la réponse au traitement en fonction de l'état de santé et du risque sanitaire encouru par les patients avant le début du traitement.

Pour encourager la concurrence axée sur la qualité des prestations, il faut mesurer les résultats

Les informations relatives aux résultats des traitements doivent être aisément accessibles, de manière à soutenir la concurrence en termes de prestations. Pour cela, il faut mesurer les résultats. Ces derniers doivent être mesurés pour chaque fournisseur de prestations afin d'évaluer la valeur ajoutée d'un traitement pour le patient. De plus, il convient de déterminer avec l'aide d'experts quels résultats il est judicieux de mesurer pour quelle maladie. Les possibilités englobent : la mortalité, la durée de la convalescence, les hospitalisations imprévues, la survenue d'infections ou de complications, le degré de réadaptation physique ou mental, le taux de glycémie pour les diabétiques, la tension artérielle pour les patients ayant une tension élevée, des indices de douleur, la mobilité, etc. La concurrence se fonde sur ces résultats ajustés aux risques et porte sur les conditions médicales sur l'ensemble du cycle de soins. En outre, la concurrence ne doit pas être confinée à l'échelle locale, elle doit être régionale, nationale et si possible même internationale. Dans un environnement concurrentiel de ce type, les innovations qui maximisent la valeur ajoutée pour le patient sont fortement rétribuées. Cette concurrence augmente la valeur ajoutée des traitements sur la durée. Les forces qui induisent cette évolution sont l'expérience croissante des fournisseurs de prestations, les économies d'échelle et l'acquisition de connaissances sur les maladies. Cela crée une dynamique positive dans le système de santé (cf. figure 1). Enfin, ce cercle vertueux devrait faire baisser les coûts des soins de qualité élevée.

Dans un environnement concurrentiel, les innovations qui améliorent le bien-être du patient, sont rétribuées. Les forces qui induisent cette évolution sont l'expérience croissante des fournisseurs de prestations, les économies d'échelle et l'acquisition de connaissances sur les maladies. Il faut s'attendre à une dynamique positive – un cercle vertueux – dans le système de santé.

Figure 1 : Cercle vertueux



Source : Porter et Teisberg (2006).

Mauvaises incitations dans le système de santé

Porter et Teisberg constatent l'existence d'incitations négatives dans le système de santé. Le système actuel oblige les acteurs (assureurs, patients, fournisseurs de prestations) à prendre des décisions économiquement inefficaces. Les patients mal informés sont convaincus qu'une multiplication des prestations équivaut à un meilleur traitement des

maladies. De leur côté, les fournisseurs de prestations, qui ne sont pas incités à se démarquer par de bonnes prestations, s'efforcent de vendre leurs services aussi souvent que possible. Les franchises peuvent avoir pour effet que des individus économisent au mauvais endroit et se rationnent, en particulier les personnes à faible revenu.

b) Rôle des fournisseurs de prestations et des patients

Les fournisseurs de prestations, en particulier les médecins, jouent un rôle central dans le modèle Porter et Teisberg. Ils assument plusieurs tâches centrales, à savoir :

- l'organisation du système de santé tout au long des chaînes de soins,
- la production de données axées sur les résultats et ajustées aux risques, et
- la promotion de la transparence grâce à la publication des résultats.

Les informations sur la qualité des résultats
sont importantes pour les patients

Les patients aspirent à des traitements à forte valeur ajoutée et sont prêts à s'informer. Toutefois, ils ne sont pas des spécialistes. En partageant leurs informations, les fournisseurs de prestations mettent à la disposition des patients, des assureurs et d'autres acteurs des informations relatives à la qualité des résultats de leurs actes. Ces informations permettent aussi à des personnes sans connaissances médicales de distinguer les meilleurs fournisseurs de prestations de ceux qui sont moins bons, lors de la recherche d'un prestataire, et de choisir des prestations présentant le meilleur rapport prix-prestation possible.

Aujourd'hui, les fournisseurs de prestations sont rémunérés pour leurs actions (traitement) et non pour le résultat (guérison, atténuation des symptômes). D'après Porter et Teisberg, la focalisation sur le fournisseur de prestations permettrait d'orienter davantage le système sur les résultats à long terme. Ainsi, les médecins pourraient mieux déterminer quelles méthodes produisent les meilleurs résultats sur l'ensemble du cycle de soins.

c) Une concurrence axée sur la valeur ajoutée et non sur les coûts

Evaluation du système de santé :
il faut éviter de se concentrer
uniquement sur les coûts

Un des principaux messages de l'étude de Porter et Teisberg concerne l'unidimensionnalité des coûts dans les systèmes de santé actuels. Ils considèrent qu'il faut se détacher de ce facteur. Aussi longtemps que les prestations de soins sont rémunérées sur la base du traitement et non en fonction du résultat, les acteurs adoptent un comportement inefficace. Ainsi, les assureurs maladie sont plus susceptibles d'effectuer un contrôle pour un fournisseur de prestations qui pratique des tarifs élevés. C'est la conséquence directe de l'absence de données sur les résultats. Il y aura davantage d'incitations à fournir des prestations plus efficaces et de qualité plus élevée lorsque la concurrence se concentrera sur les prestations des différents fournisseurs de prestations. De cette manière, les innovations qui permettent d'obtenir de meilleurs résultats seront adoptées plus rapidement.

Il importe d'évaluer les prestations pour
l'ensemble de la chaîne de soins

Afin de mettre les prestations au premier plan, Porter et Teisberg recommandent d'évaluer les prestations médicales tout au long de la chaîne de soins correspondant à un diagnostic. Selon la pathologie, il peut être nécessaire de tenir compte des éventuels soins nécessaires par la suite. Cette vue d'ensemble permettrait d'éviter que des traitements faisant baisser les coûts à court terme soient privilégiés par rapport à des méthodes plus avantageuses sur l'ensemble d'un cycle. Porter et Teisberg plaident pour une concentration sur le long terme dans le système de santé, soit pour une vision englobant toute la chaîne de soins au lieu de la focalisation actuelle sur le court terme. Cette perspective à long terme doit aussi être davantage prise en considération dans la recherche et dans les analyses du système de santé.

La concurrence axée sur la qualité des
prestations remplace une concurrence axée
sur les coûts

Dans un système, qui comme le suggèrent Porter et Teisberg, exige une meilleure prise en compte des performances, les fournisseurs de prestations doivent attester de la qualité de leurs prestations auprès des assureurs et des patients. Cela signifie également que l'offre ne doit pas être contrôlée, mais que l'accès au marché doit être libre. Le fait de se détacher des coûts pour s'intéresser aux prestations implique une meilleure collaboration entre les disciplines médicales, un développement plus poussé de l'organisation et des processus, ainsi que des innovations résultant d'une recherche axée sur le long terme. Ces différents éléments améliorent la qualité, favorisent la multiplication des innovations et permettent

une diffusion plus rapide et plus importante de nouveautés prometteuses. Cette diffusion plus rapide s'explique par le fait que de nouvelles applications intéressantes se font connaître rapidement et sont de plus en plus demandées. Les prestataires qui ne proposent pas de telles innovations sont moins demandés. Le nouveau système incite les fournisseurs de prestations à se démarquer. La concurrence axée sur les prestations remplace la concurrence en termes de coûts. Ce changement améliore le résultat moyen des prestations médicales par rapport aux coûts. Cela constitue précisément un objectif majeur de l'instauration d'une concurrence focalisée sur les résultats dans le système de la santé. Pour atteindre cet objectif, il faut ouvrir les marchés des fournisseurs de prestations, souvent confinés à l'échelle locale, et leur donner une dimension nationale et internationale. Les fournisseurs de prestations doivent éviter de tous proposer les mêmes prestations. Ils ont intérêt à se concentrer sur leurs points forts. Cette spécialisation leur permet de créer une demande suprarégionale (voire internationale) pour les traitements médicaux qu'ils proposent.

3. Analyse du système de la santé suisse : il n'existe pas de données sur la qualité des prestations

L'étude Teisberg se fonde sur le modèle d'une concurrence axée sur la valeur ajoutée présenté ci-dessus. Elizabeth Teisberg analyse le système de santé suisse et dresse une liste de ses forces et faiblesses. Elle identifie également les éléments qui font défaut pour permettre le fonctionnement d'une concurrence axée sur les prestations et, sur cette base, formule huit recommandations.

a) Analyse

Evaluation positive du système
de santé suisse

Elizabeth Teisberg donne une appréciation globalement positive du système de santé suisse. Selon elle, l'assurance maladie obligatoire (LAMal) donne aux habitants un bon accès au système de santé (cf. rapport de l'OCDE). Sans elle, il ne serait pas possible d'atteindre un résultat efficace du point de vue économique. De plus, son absence inciterait les personnes ayant un bas salaire à se rationner, ce qui aboutirait à des soins insuffisants et entraînerait des coûts supplémentaires suite au recours à la médecine d'urgence et à des traitements tardifs.

Un catalogue de prestations étendu n'est
pas automatiquement synonyme
de bonne qualité

L'auteur considère que les conditions-cadre légales sont elles aussi positives. Les trois conditions à satisfaire pour qu'une prestation soit intégrée au catalogue des prestations sont l'efficacité, l'adéquation et l'économicité. Aujourd'hui, le système de santé propose un catalogue de prestations étendu de sorte que la qualité potentielle de l'offre de soins est élevée. Selon Elizabeth Teisberg, il existe un problème au niveau de la mise en œuvre de ces critères si l'on souhaite qu'ils contribuent à améliorer l'offre de soins. En effet, la Suisse ne dispose pas de données relatives à la qualité des prestations de santé. Cela constitue le problème central de notre système de santé. Le fait est qu'on ne peut guère évaluer l'efficacité du système de santé sans connaître les effets pour les patients des prestations autorisées. C'est pourquoi, on ne peut conclure automatiquement à la qualité élevée des soins uniquement à partir de l'épaisseur du catalogue de prestations. Les données disponibles sur la mortalité en cas de cancer remettent en question la qualité élevée du système de santé suisse. En Suisse, le taux de survie à cinq ans en cas de cancer de la prostate est nettement inférieur à celui de pays comparables (cf. figure 2). Même si ces données ne se fondent pas sur des mesures ajustées aux risques, elles font réagir. La situation n'est pas meilleure en ce qui concerne d'autres types de cancers (cancer du côlon et du sein). La Suisse affiche de bons résultats seulement pour le cancer du poumon chez la femme : 16,2 % des femmes chez qui on diagnostique un cancer des poumons sont encore en vie cinq ans plus tard (États-Unis : 15,4 %, Allemagne : 10,5 %). Chez les hommes, (9,7 %) les statistiques sont aussi mauvaises que celles pour les autres cancers en comparaison avec d'autres pays similaires.

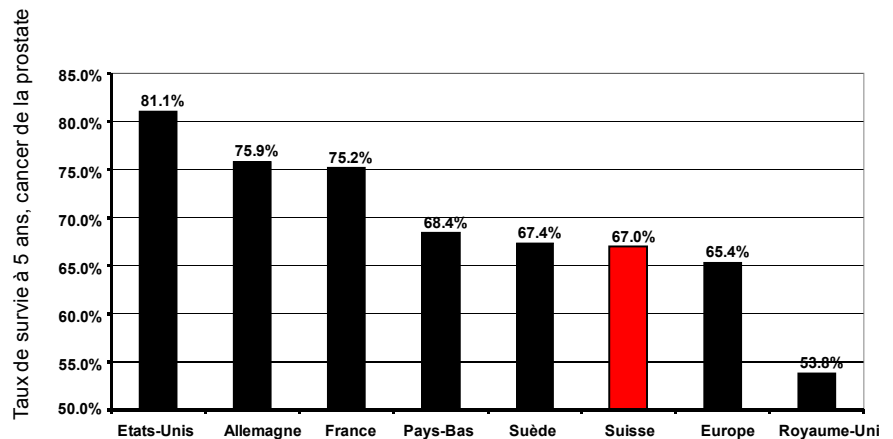
Les forfaits provoquent un
transfert des coûts

Le système de santé suisse est aussi un des systèmes les plus onéreux du monde (cf. figure 3). Compte tenu de la qualité incertaine des prestations, la hauteur des coûts est préoccupante. A l'heure actuelle, nous ne savons pas exactement ce que nous obtenons en

échange de ces coûts. En effet, l'absence de données sur la qualité incite les acteurs du marché et les autorités de régulation à s'intéresser aux seuls coûts. Le fait de minimiser les coûts n'augmente pas nécessairement la valeur ajoutée pour les patients. Au contraire, les réformes ont souvent pour seul effet de déplacer les coûts entre les fournisseurs de prestations ou les assureurs maladie, ce qui provoque parfois une hausse des coûts totaux. L'introduction de forfaits qui n'englobent pas la totalité du cycle de soins en est un exemple. De tels forfaits, provoquent fréquemment un déplacement des coûts. Partant, il n'est guère étonnant que nous ne parvenions pas à maîtriser l'évolution des coûts. La pression sur les coûts découlant du vieillissement de la population et l'augmentation des maladies de civilisation, comme le surpoids et le diabète de type II, aggravent encore la situation.

La comparaison des données avec celles d'autres pays remet en question la qualité élevée du système de santé suisse : le taux de survie à cinq ans pour le cancer de la prostate, par exemple, est nettement inférieur à celui d'autres pays comparables.

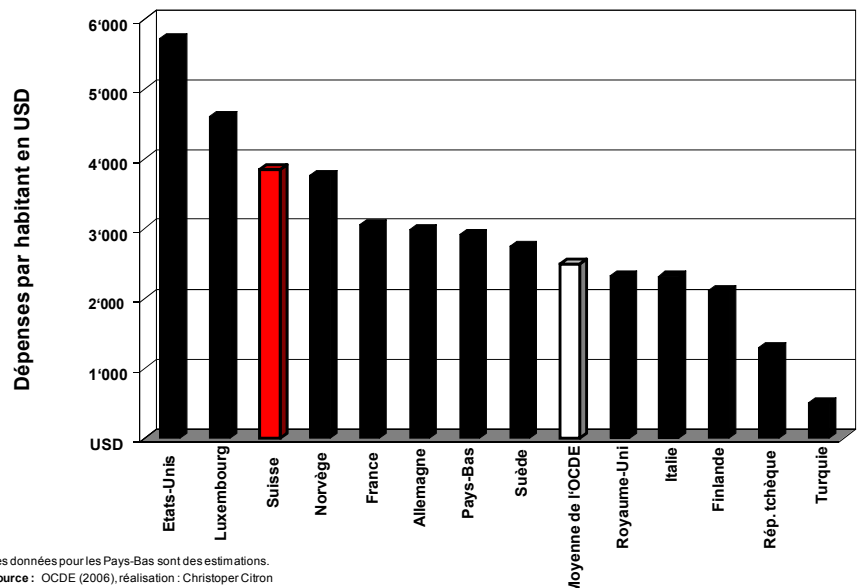
Figure 2 : Comparaison du taux de survie à cinq ans pour le cancer de la prostate dans plusieurs pays membres de l'OCDE



Remarque : les données européennes correspondent aux années 1990 et 1994 et les données étatsuniennes aux années 1986 et 1988.
Source : données européennes : EUROCARE (2003) ; données étatsuniennes : National Cancer Institute (2002).
Cités dans : National Auditing Office (2003).

Avec près de 4'000 USD de dépenses par habitant, le système de santé suisse est un des plus onéreux du monde.

Figure 3 : Dépenses totales de santé et de prévention par habitant dans plusieurs pays membres de l'OCDE, 2003



Les données pour les Pays-Bas sont des estimations.
Source : OCDE (2006), réalisation : Christopher Citron

b) Les forces et les faiblesses du système de santé suisse

Préserver les forces Selon Teisberg, le système de santé suisse présente diverses forces et faiblesses.

Voici, d'après l'auteur, les forces qu'il importe de préserver :

- l'assurance de base obligatoire,
- les primes individuelles avec atténuation sociale (réductions de prime),
- un catalogue des prestations étendu,
- un mandat légal relatif à des prestations de santé de qualité élevée,
- la diversité des prestataires d'assurance (pas de caisse unique) et
- le libre choix des fournisseurs de prestations.

... et entreprendre des réformes pour
supprimer les faiblesses

Elle estime par contre que des réformes s'imposent dans les domaines suivants :

- la mise en œuvre du mandat relatif à la qualité,
- la réorganisation de l'offre de soins en fonction des pathologies,
- la production de données ajustées aux risques,
- la promotion d'une concurrence axée sur la qualité des prestations et
- l'extension et la meilleure utilisation de « l'e-health ».

L'objectif d'une réforme doit être d'améliorer la valeur ajoutée pour le patient. Pour atteindre ces divers objectifs, Teisberg propose les réformes suivantes.

4. Les huit recommandations du professeur Teisberg

A partir de l'analyse ci-dessus et des forces et faiblesses de notre système de santé, Elizabeth Teisberg formule huit recommandations pour un réaménagement de notre système de santé :

Oui à une assurance maladie
de base obligatoire

(1) Maintenir l'assurance de base obligatoire telle qu'elle est organisée aujourd'hui

L'obligation de s'assurer est un facteur essentiel pour l'égalité des chances et l'efficacité du système de santé. Donner accès au système de santé à tout le monde est important pour avoir un système de santé efficace. Sans cette obligation, les traitements seraient reportés dans le temps. Cela renchérirait les soins. En effet, la médecine d'urgence est une médecine extrêmement onéreuse.

L'existence d'indicateurs relatifs à la valeur
ajoutée permet la concurrence

(2) Il faut mesurer les résultats ajustés aux risques et les publier

Cette recommandation se réfère à la condition la plus importante pour un réaménagement du système de santé. Le fait de mesurer les résultats aurait pour effet de focaliser les intérêts de tous les acteurs sur l'objectif commun : l'amélioration de la valeur ajoutée pour les patients. Ces informations sont également indispensables en tant que base de décision pour les patients et les médecins. Le mieux est d'élaborer par étapes puis de publier les informations sur les résultats et les coûts des traitements par équipes cliniques et pathologies. A moyen terme, une concurrence axée sur ces indicateurs prendrait le relais de la concurrence actuelle axée sur les coûts.

C'est à la Confédération de
montrer le chemin

(3) La Confédération doit promouvoir la mesure des résultats ajustés aux risques et leur publication

Elizabeth Teisberg est favorable à une aide financière de l'État pour la mise en place de cette mesure des résultats. Cela encouragerait la conception de processus de mesures. Toutefois, la réalisation des mesures ne doit pas être assurée par un prestataire unique. Les organisations professionnelles et d'autres organisations non gouvernementales doivent pouvoir réaliser les mesures et analyser les résultats. La mesure des résultats doit être ajustée aux risques, ce qui nécessite le concours de médecins et d'organisations médicales. L'observatoire suisse de la santé (Obsan) pourrait faire office de bureau de coordination.

Le cycle de soins dans sa totalité **(4) *Les hôpitaux et les équipes médicales doivent réorganiser les prestations de soins pour l'ensemble du cycle de soins***

En Suisse comme presque partout ailleurs, l'offre sanitaire est organisée sur la base des spécialités médicales importantes aux yeux des médecins. Si on veut améliorer nettement l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des soins, il faut réorganiser ces derniers autour des pathologies. Cette restructuration par diagnostic sur l'ensemble du cycle de soins peut améliorer considérablement la qualité et l'économicité des soins. Des cabinets médicaux et des centres de soins intégrés proposent toute la palette de connaissances médicales spécialisées, de compétences techniques et de services complémentaires nécessaires pour le traitement d'une pathologie. La chaîne de soins pour les maladies rénales chroniques fournit un exemple des prestations et actes nécessaires dans un cycle de soins⁵. Combiner la mesure des résultats avec une telle réorganisation des prestations de soins permet aux fournisseurs de prestation de tirer parti des avantages d'une meilleure collaboration et d'en retirer un effet d'apprentissage.

Mesurer l'état de santé **(5) *Les assureurs maladie doivent mesurer l'état de santé des assurés et les résultats des traitements***

La multiplicité des caisses peut constituer un atout si les assureurs maladie ne se contentent pas de payer, mais qu'ils mesurent leur succès à l'aune de la santé de leurs assurés. Pour cela, il ne suffit pas de mesurer les résultats, il faut aussi conclure des contrats pluriannuels. Ainsi, les assureurs sont incités à favoriser des traitements efficaces et précoces plutôt qu'à retarder les soins en espérant déplacer les coûts.

Si la concurrence porte sur la valeur ajoutée pour les patients, les assureurs maladie deviendront le moteur de l'innovation et contribueront à améliorer tant les résultats des soins au niveau individuel que la santé publique en général.

Promouvoir la responsabilité individuelle **(6) *La réforme doit encourager la responsabilité individuelle. Déplacer les coûts n'apporte rien***

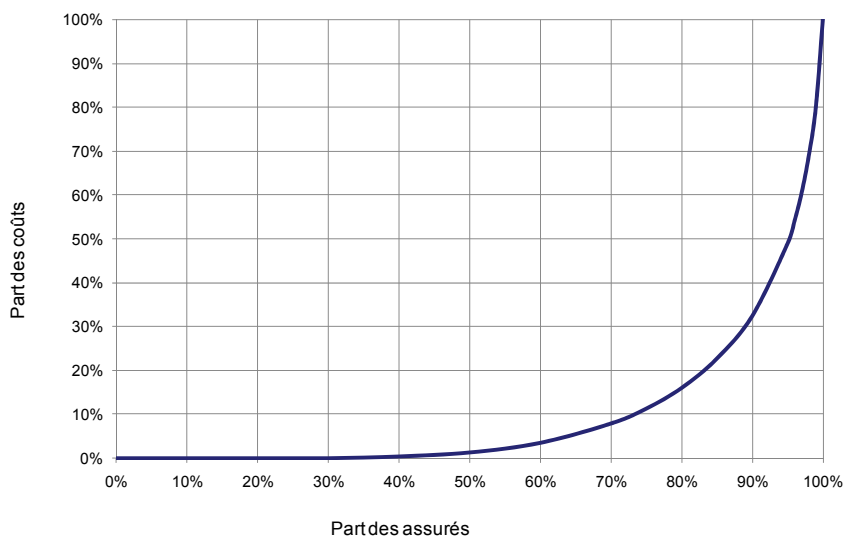
La concentration sur les coûts favorise les réformes qui se contentent de déplacer les coûts. Ces réformes se résument souvent à un jeu à somme nulle.

10 % des assurés génèrent près de 70 % des coûts (cf. figure 4). Il serait difficile d'imposer une participation aux coûts plus élevée aux 10 % des assurés les plus coûteux : cela remettrait en question le principe de l'assurance, mais aussi la solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades. C'est la raison pour laquelle la participation aux coûts a été plafonnée. Ainsi, un déplacement supplémentaire des coûts vers les assurés ne peut atteindre les assurés les plus coûteux. 70 % des coûts ne sont pas affectés par de telles mesures.

⁵ Cf. Olmsted Teisberg (2008) p. 75, figure 14

10 % des assurés sont à l'origine de près de 70 % des coûts.

Figure 4 : Participation aux coûts et principe de l'assurance



Source : Helsana 2007

Il faut procéder différemment si on souhaite maîtriser l'essentiel des coûts par une responsabilisation accrue des patients. Pour renforcer la responsabilité individuelle, il faut améliorer la transparence au sein du système. Une fois encore, pour pouvoir informer le patient, il faut disposer de données sur la qualité des prestations et les résultats obtenus. C'est à cette condition qu'on crée une vraie liberté de choix. Les informations relatives aux traitements ainsi que le coaching (par exemple en cas de gestion thérapeutique⁶) encouragent le respect des consignes⁷. De même, les formations et les conseils en matière de santé peuvent renforcer la responsabilité individuelle. Dès lors qu'on souhaite encourager la responsabilité individuelle par des incitations financières, il serait judicieux d'appliquer le principe qui consiste à privilégier la carotte au bâton.

Dossiers médicaux électroniques
pour les patients

(7) Extension de l'e-health

Les fournisseurs de prestations transmettent déjà une grande partie des informations aux assureurs par voie électronique et tout circulera par ce biais à l'avenir. Les technologies de l'information et de la communication doivent contribuer de manière prépondérante à la réforme des structures vers un système de soins intégrés sur l'ensemble du cycle de soins. Elles doivent formuler des définitions et des standards communs de mesure et d'analyse des résultats et mettre en réseau les dossiers médicaux sous forme électronique afin de faciliter les décisions médicales et réduire le taux d'erreurs. Cela permettra notamment la surveillance électronique des patients dans le cadre de programmes de gestion thérapeutique. Le fait de confier les dossiers médicaux électroniques aux patients encourage également la responsabilité individuelle. La sécurité et la protection des données des patients doivent être assurées sans que le prélèvement des données et la comparaison des résultats en soient entravés. Miser sur l'e-health pour accompagner la réforme structurelle permettra de maximiser l'efficacité et le caractère économique de l'offre sanitaire sur l'ensemble du cycle de soins. Les coûts de la mise en place des TIC seront plus que compensés par les avantages qu'en retireront les patients. Si cette condition est remplie, l'adoption de l'e-health peut être facilitée par des incitations financières conformes à la LAMal. On peut imaginer en guise d'incitation, une rémunération différenciée en fonction des applications IT ou l'introduction de dossiers médicaux électroniques pour en

⁶ Programmes de soins intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques

⁷ Fidélité à la thérapie ou respect rigoureux des conseils médicaux

confier la gestion aux assurés eux-mêmes. De telles mesures accélèreraient la réforme structurelle de l'offre sanitaire et augmenteraient la valeur ajoutée pour le patient.

La concurrence grâce à la qualité

(8) La réforme doit induire une concurrence entre les cantons

Avant toute chose, il faut améliorer la mise à disposition de données sur le système. En l'absence de bonnes informations, la concurrence porte nécessairement sur les seuls prix, sans compréhension du produit qui se trouve derrière. La transparence est le seul moyen de parvenir à une concurrence axée sur la qualité, un changement qui augmente durablement la valeur ajoutée pour les patients. Le fédéralisme suisse ne doit pas empêcher la comparabilité des données relatives à la qualité par delà les frontières cantonales. En outre, la libre circulation intercantonale des patients permettrait d'étendre leur choix à toute la Suisse.

Ensuite, chaque équipe médicale doit pouvoir comparer ses résultats à ceux d'autres équipes à l'échelle de la Suisse, de l'Europe et même du monde entier. Cette concurrence permettrait d'attirer des patients de l'étranger. En effet, l'excellence médicale et scientifique n'est pas locale. Les médecins qui feront les comparaisons et maintiendront leur équipe au meilleur niveau international contribueront à améliorer en permanence la qualité des soins prodigués. Cette évolution profite directement à la santé de la population et permettra à notre pays de développer une réputation internationale d'excellence dans le domaine de la santé.

5. Les étapes d'une réforme dans ce sens

Mise en place de mesures de la qualité ajustées aux risques

Phase 1 : Les équipes médicales élaborent des paramètres de mesure. Elles documentent les résultats et les analysent par diagnostic.



Phase 2 : Après un délai déterminé (un an par exemple), ces mesures des résultats ajustés aux risques deviennent accessibles à tous les fournisseurs de prestations de Suisse. Les données sont établies pour chaque équipe médicale.



Phase 3 : Les informations sur les résultats deviennent accessibles au public.

Concurrence en matière d'innovation

En ce qui concerne les mesures de la qualité, une préparation suffisamment longue est essentielle pour une introduction réussie. Les médecins craignent en effet d'être exclus de l'assurance de base si leurs résultats sont inférieurs à la moyenne. Cette peur est infondée dès lors que les étapes proposées pour la réforme sont respectées. L'introduction des mesures doit être minutieusement planifiée. Il serait absurde de publier des mesures qui ne sont pas comparables. Les fournisseurs de prestations doivent auparavant comparer et contrôler les mesures. C'est à cette condition que l'objectif d'une amélioration du système de santé pourra être atteint. Par conséquent, les données relatives à la qualité ne doivent devenir accessibles au public qu'après l'examen des résultats et après que les médecins aient eu la possibilité de réagir. Des données validées encouragent aussi l'innovation chez les fournisseurs puisque leurs produits et technologies peuvent être évalués sur la base de faits. Ainsi, la concurrence en matière d'innovation est orientée dans la bonne direction.

La transparence déclenchera des processus d'adaptation

L'objectif des mesures est avant tout de pouvoir surveiller et améliorer la qualité. La concurrence en matière de qualité intervient plus tard. Les médecins ne doivent pas y voir un scénario catastrophe. Au contraire, la concurrence actuelle, axée sur les coûts, est bien plus dangereuse pour les médecins, car elle ne tient compte que d'un aspect de sa prestation. Aujourd'hui, les médecins sont davantage exposés à l'arbitraire des contrôles portant sur l'économicité qu'ils ne le seront après l'introduction des mesures de qualité. Les données relatives à la qualité permettront aux bons médecins de justifier leurs prix lorsqu'ils sont plus élevés. Par contre, les médecins moins performants pourront

s'améliorer grâce aux données relatives à la qualité ou limiter leur offre aux prestations pour lesquels ils obtiennent de bons résultats. La transparence entre les fournisseurs de prestations déclenche un processus d'adaptation qui prendra un certain temps. Au final, les ressources seront utilisées de façon plus efficiente au sein du système de santé.

6. Point de vue d'économiesuisse

Qualité élevée exigée

Les Suisses aspirent à un système de santé dans lequel la qualité des prestations compte et pas seulement les coûts. Parallèlement, une majorité de la population souhaite que ce soit le marché plus que l'État qui régule le système de santé⁸. L'auteur de la présente étude indique une méthode sur la manière de réaliser cela.

Surmonter l'inertie en matière de réformes
: plus de concurrence en termes
de prestations

Aucune réforme substantielle n'a abouti depuis l'introduction de la LAMal en 1996. Elizabeth Teisberg montre comment surmonter cette inertie nuisible. La réorientation vers une concurrence axée sur la valeur ajoutée pour le patient ne se fera certes pas du jour au lendemain, mais il vaut la peine de planifier minutieusement son introduction. En effet, un système de la santé soumis à une concurrence axée exclusivement sur les coûts et non sur le rapport entre l'utilité et le prix est coûteux. Les États-Unis en sont un exemple. Il est plus simple de déplacer les coûts que de les éviter. Une concurrence axée sur les coûts uniquement n'entraîne pas une baisse, mais une hausse des coûts. economiesuisse s'engage pour une concurrence axée sur la qualité des prestations dans le système de santé. Pour cela, il faut instaurer la transparence des prix et des résultats. Les résultats ajustés aux risques, tels que les a décrits Elizabeth Teisberg, permettent de mettre en place une concurrence équitable, axée sur la qualité des prestations et qui profite à tous sur le long terme.

L'e-health, une technologie clé

La révolution électronique ne s'est pas encore suffisamment déployée dans le système de la santé suisse. Ce n'est pas un hasard. Le système de la santé est trop peu exposé à la concurrence axée sur les prestations, laquelle encourage l'innovation. Une utilisation plus intense des instruments électroniques stimulerait cette concurrence. L'e-health est une technologie clé pour le réaménagement du système de santé vers une concurrence axée sur la valeur ajoutée pour le patient. Aussi economiesuisse est-elle favorable à une promotion active de l'e-health au moyen de solutions ouvertes et favorisant des incitations positives. Naturellement, il faut toujours veiller à la protection des données.

Des marchés confinés à l'échelle locale
empêchent la concurrence en
termes de prestations

Le marché actuel, confiné à l'échelle locale pour les fournisseurs de prestations, entrave la concurrence en termes de prestations. economiesuisse salue l'instauration d'une concurrence nationale, voire internationale entre les fournisseurs de prestations. Les données relatives aux prestations, comme celles des hôpitaux sur des opérations spécifiques, doivent pouvoir être comparées à l'échelle nationale. Cela crée une véritable liberté de choix, du fait que le choix de l'hôpital repose sur des données validées et n'est pas restreint à l'échelle régionale. Ainsi, les patients peuvent davantage exprimer leurs préférences, ce qui déclenche un processus d'adaptation du côté des hôpitaux. La disponibilité de données relatives aux performances d'autres fournisseurs de prestations induirait également une dynamique positive.

Propagation plus rapide des innovations

Une concurrence axée sur les prestations dans le système de santé permet une propagation plus rapide des innovations et des « bonnes pratiques ». Elle peut accélérer le progrès au sein du système de santé, la valeur ajoutée pour les patients et donc la valeur ajoutée macroéconomique. Un système de santé de qualité élevée et efficient en termes de coûts possède aussi un rayonnement international. Cette renommée peut être utilisée pour proposer davantage de prestations de soins dans un environnement international.

Pour toutes questions :
fridolin.marty@economiesuisse.ch

⁸ Gesundheitsmonitor 2007. Mehr Qualität, mehr Leistung, mehr Markt. Schlussbericht. Interpharma.

Annexe

Bibliographie

Longchamp, Claude ; Monia Aebersold, Luca Bösch, Stephan Tschöpe et Silvia-Maria Ratelband-Pally (2006) : « Bewegung in Richtung Markt: Schlussbericht zum Gesundheitsmonitor 2006 ». Interpharma/gfs.bern, Bâle, Suisse.

OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) et OMS (Organisation mondiale de la santé) 2006, Examen de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse. Paris, France : OCDE.

Porter, Michael E. ; Olmsted Teisberg, Elizabeth (2006), « Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results ». Boston, États-Unis : Harvard Business School Press.

Olmsted Teisberg, Elizabeth (2008), « Nutzenorientierter Wettbewerb in Schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen » : publié par economiesuisse, le groupe de cliniques privées Hirslanden, Interpharma, l'Association suisse d'assurances (ASA) et Swisscom IT Services SA.