

Nos approches pour
un système de santé
basé sur la valeur

Le Value-Based Healthcare en Suisse

Sommaire



Qu'est-ce que le Value-Based Healthcare (VBHC) ?	4-5
Expériences du VBHC à l'étranger	6
Pourquoi la Suisse a-t-elle besoin du VBHC ?	7
La stratégie du Groupe Mutuel pour un système de santé basé sur la valeur	8-11
Les projets pilotes en cours au sein du Groupe Mutuel	13-15
Défis	16-17
Conclusion	18



Qu'est-ce que le Value-Based Healthcare ?

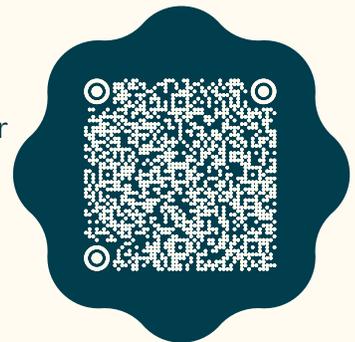
Le Value-Based Healthcare place l'efficacité et la qualité de vie des patients au cœur de toute activité.

La rémunération des services dépend non seulement de la quantité de traitements, mais aussi de la qualité des prestations réalisées.

Le Value-Based Healthcare (VBHC), autrement dit un système de santé basé sur la valeur, aspire à proposer les meilleurs soins de santé possibles à chaque patient en fonction des ressources disponibles. L'un des principes-clés du VBHC est l'implication des patients dans leur parcours de soins, par exemple au moyen de l'évaluation des prestations médicales via les PROM (Patient-reported Outcome Measures, mesures des résultats rapportées par les patients).

Pour considérer qu'une opération de la hanche a réussi, désormais, on cherche non seulement à savoir si le patient a quitté l'hôpital à la date prévue, mais également si l'objectif thérapeutique défini conjointement a été atteint et donc, par exemple, si les douleurs du patient ont disparu et s'il a retrouvé davantage de mobilité et ne devra pas recourir à d'autres soins en raison de complications.

Dans un contexte de forte augmentation des coûts de la santé, l'adoption du Value-Base Healthcare peut être une option pour juguler l'augmentation des coûts dans le système de santé suisse. Vous trouverez les autres propositions du Groupe Mutuel visant à endiguer l'augmentation des coûts dans notre brochure :



Le modèle du Value-Based Healthcare selon Porter et Lee (2013)

Six leviers sont essentiels pour la mise en œuvre du VBHC:

Rémunération en fonction des résultats:

forfaits sectoriels pour les cycles de soins (Bundled Payments)

Mesure des résultats:

mesure des résultats pendant la durée totale des soins au moyen de méthodes standardisées (ICHOM)



Gouvernance:
mise en place de systèmes de soins intégrés à grande échelle

Plateforme IT:
mise en place d'une plateforme informatique à l'échelle du système qui couvre la totalité du parcours de soins des patients et permet à tous les acteurs d'échanger des données et d'y accéder

Coordination des soins:

création d'unités de soins intégrées et interdisciplinaires en fonction de l'indication du patient

Engagement des patients:

orientation totale sur le patient qui est impliqué dans toutes les décisions

Expériences du Value-Based Healthcare à l'étranger

Allemagne – Contrats de qualité

En Allemagne, les assurances-maladie peuvent conclure des contrats de qualité avec les hôpitaux dans certains domaines de prestations. Ceux-ci prévoient des incitations financières en vue d'une offre de soins efficace et de haute qualité. Un exemple est celui de l'endoprothétique: les hôpitaux perçoivent une prime qualité, en plus de la prime forfaitaire, pour les concepts opératoires modernes tels que la chirurgie avec récupération rapide (dite «fast-track»). En cas de complications telles que des inflammations, aucune rémunération supplémentaire n'est versée. Si le patient quitte l'hôpital prématurément en raison d'un rétablissement rapide, l'intégralité du forfait est versée.

Pays-Bas – Groupes de soins et forfaits

Aux Pays-Bas, il existe des modèles de rémunération forfaitaires (Bundled Payments) pour des parcours de soins spécifiques. Les assurances-maladie achètent l'ensemble des prestations requises auprès de Care Groups, à savoir des groupements de prestataires qui sont responsables des patients sur le plan clinique et financier. La rémunération et les indicateurs de performance sont négociés individuellement entre l'assureur et le Care Group, ce qui peut donner lieu à des tarifs différents.

Etats-Unis – Kaiser Permanente: soins intégrés

Kaiser Permanente est une grande organisation de santé américaine disposant d'un modèle prépayé intégré. Elle est constituée d'une assurance-maladie, de groupes de médecins et d'un système hospitalier qui collaborent de manière intégrée et exclusive. Les groupes de médecins reçoivent un budget annuel (capitation) de l'assurance-maladie et sont ainsi incités à proposer des soins rentables et de grande qualité.

Pourquoi la Suisse a-t-elle besoin du VBHC ?

Le système de santé suisse est réputé pour sa haute qualité, mais il est également considéré comme coûteux. Ces coûts élevés sont notamment dus au fait que la rémunération est principalement basée sur la quantité des prestations fournies, et que certaines incitations inadéquates favorisent l'accroissement du volume des prestations. La qualité est certes exigée, mais n'est que peu mesurée et contrôlée, ce qui conduit à des soins superflus ou au contraire insuffisants qui peuvent atteindre 20% (selon le Surveillant des prix). L'introduction systématique du VBHC dans le système de santé suisse garantirait des soins de haute qualité aux patients en fonction des ressources disponibles.

Comment la qualité est-elle mesurée ? Les PROM*

Les Patient-Reported Outcomes Measures (mesures des résultats rapportées par les patients) permettent de recueillir, à travers des enquêtes systématiques, le ressenti des patients concernant leur propre état de santé. Ils couvrent les points suivants:

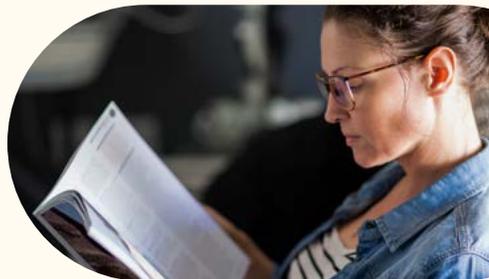
- 🕒 les répercussions d'une maladie sur l'état de santé du patient et ses capacités fonctionnelles,
- 🕒 la réussite thérapeutique et l'efficacité d'une intervention médicale sur l'état de santé du patient selon son point de vue, avant, pendant et après le traitement.

Les PROM offrent ainsi un feed-back régulier sur l'état de santé du patient pendant toute la durée du traitement. En outre, les mesures et les échanges au sujet des PROM améliorent la communication entre médecins et patients, et favorisent un traitement orienté sur le patient.

*Aucun indicateur pris seul ne peut fournir une image complète de la qualité. Les PROM doivent être interprétés en tenant compte d'autres indicateurs tels que les facteurs de risque pour les patients et les résultats cliniques.



La stratégie du Groupe Mutuel pour un système de santé basé sur la valeur



Le Groupe Mutuel aspire au déploiement de soins de santé basés sur la valeur afin d'optimiser la qualité, l'efficacité et la valeur ajoutée des prestations de santé pour les patients, mais aussi afin de consolider le système de santé suisse.

Notre stratégie repose sur deux axes principaux:

- o **Révision de la logique de rémunération:**
dans le cadre de projets pilotes, nous développons de nouveaux modèles de rémunération basés sur la qualité des prestations réalisées sous la forme de paiements par tête, de forfaits complexes à l'acte ou de paiements supplémentaires au résultat. Dans ces modèles de rémunération, la coordination et l'intégration des soins sont également encouragées.
- o **Nouvelle conception du parcours de soins d'un patient:**
visant à identifier de nouveaux leviers pour optimiser l'expérience client et les résultats, en plaçant le patient au centre du traitement.

À travers différents projets pilotes, le Groupe Mutuel entend ancrer le VBHC dans le système de santé suisse et établir les conditions-cadres nécessaires à la mise en œuvre de cette approche.

Feuille de route des modèles de rémunération basés sur la valeur



Coopération avec les prestataires de santé et les patients

L'assurance-maladie doit devenir un partenaire santé pour les assurés et les prestataires. À partir d'une vision commune d'un système de santé basé sur la valeur, le Groupe Mutuel a pu lancer plusieurs projets pilotes avec des prestataires de soins et des partenaires universitaires afin de promouvoir l'innovation et le partenariat.



Élaboration de modèles de rémunération basés sur la valeur

Le Groupe Mutuel entend démontrer qu'une rémunération basée sur la valeur est également possible en Suisse. Dans le cadre de différents projets pilotes avec des partenaires du système de santé, des modèles de rémunération reposant sur la qualité des prestations et des paiements par tête sont élaborés.



Test de nouvelles technologies

Le Groupe Mutuel mise sur les nouvelles technologies pour instaurer un échange de données entre les différents acteurs et susciter la confiance. À cette fin, le Groupe Mutuel travaille avec une startup suisse qui garantit le respect des lois sur la protection des données ainsi que la confidentialité.



Incitation au changement culturel

L'introduction systématique du VBHC dans le système de santé suisse équivaut à un changement de paradigme qui fait prévaloir la qualité sur la quantité. Le Groupe Mutuel encourage cette approche en établissant des relations de confiance avec les autres acteurs du secteur de la santé et en menant des projets communs.



Définition des conditions-cadres pour l'introduction de nouveaux modèles de rémunération

Le Groupe Mutuel a procédé à une première analyse du cadre légal afin d'identifier les réformes nécessaires avant l'introduction de modèles de rémunération basés sur la valeur.





Les projets pilotes en cours au sein du Groupe Mutuel

Projet «Pay for Patient Value» (P4PV)

En 2021, en collaboration avec l'Hôpital universitaire de Bâle et l'Hôpital de La Tour, le Groupe Mutuel a lancé le projet pilote «Pay for Patient Value». Son objectif était la conception d'un modèle de rémunération basé sur les principes du VBHC et axé sur la pose de prothèse de hanche à titre d'exemple dans un premier temps. Les paramètres d'évaluation de la réussite étaient le niveau de douleur, la fonctionnalité de la hanche, ainsi que les taux d'infection et de révision. À l'aide des données recueillies, un modèle de rémunération a été conçu en collaboration avec le Centre de compétences Health Data Science de l'Université de Lucerne. Ce modèle prévoit une rémunération complémentaire en sus du forfait DRG actuel basé sur la qualité du traitement.

Après la finalisation réussie de la première phase en 2024, le projet va être étendu afin d'intégrer la pose de prothèse de genou, ainsi que d'autres partenaires (tels que l'Hôpital cantonal de Lucerne), les patients et les cantons. Le modèle doit être continuellement amélioré à l'aide des nouvelles données collectées et préparé en vue d'une introduction à plus grande échelle dans le système de santé suisse.

Au cours d'une prochaine étape du projet, tous les parcours de soins des patients seront intégrés dans la rémunération afin d'améliorer la prise en charge sur l'ensemble du parcours de soins. L'accent sera tout d'abord mis sur l'orthopédie.

Forfaits par tête

Dans le cadre de deux projets, le Groupe Mutuel teste des forfaits par tête dans l'assurance de base. Avec le réseau de santé Arsanté, un modèle de financement comportant une responsabilité budgétaire partagée a été introduit. Celui-ci permet de prodiguer des soins plus efficaces et d'obtenir une qualité perçue supérieure pour les patients. Le deuxième projet commencera en 2025 avec le prestataire de télémédecine Medgate. Un service de télémédecine de famille permettra notamment de proposer une prise en charge coordonnée des patients âgés atteints de maladies chroniques. L'évaluation des soins aura lieu selon les principes du Value-Based Healthcare.

Enhancing Typ 2 Diabetes Care

Ce projet analyse la prise en charge et la coordination multidisciplinaires des patients présentant un diabète de type 2. Il vise à évaluer les répercussions sur la qualité et les coûts des soins, ainsi qu'à mieux comprendre l'évolution de la maladie afin de contribuer à la diminution des symptômes. Ce projet est mené en collaboration avec le Réseau Delta. L'Université de Saint-Gall se charge de l'évaluation clinique et économique.

PrimaryPROMs

Le Groupe Mutuel accompagne le projet PrimaryPROMs qui promeut la collecte et l'utilisation des Patient-Reported Outcome Measures (PROM) et des Patient-Reported Experience Measures (PREM), autrement dit l'utilisation de questionnaires pour la mesure de l'expérience des patients, dans l'assurance de base. Les atouts de ce projet résident dans la diversité de son consortium de partenaires qui regroupe des réseaux de soins, l'Organisation suisse des patients, des assurances-maladie, des centres de recherche et la Fondation pour la qualité des prestations médicales en secteur ambulatoire.

Valeur ajoutée pour les parties prenantes



Prestataires de soins

- L'image de marque des institutions qui considèrent la qualité comme leur principale priorité est renforcée.
- Concourt à la stabilité et à la viabilité financière dans le but de mieux financer la qualité et la coordination des soins
- Offre aux médecins une valeur ajoutée qui s'étend au-delà de l'infrastructure (communauté, publications scientifiques, financement...)
- Permet d'être un acteur clé dans la conception et l'introduction de modèles de rémunération pour le financement d'innovations médicales



Assureurs santé

- Maîtrise des coûts grâce à la promotion de soins coordonnés et hautement qualitatifs
- Possibilité de créer des produits d'assurance innovants basés sur la qualité des soins
- Permet d'être un acteur clé dans la conception et l'introduction de modèles de rémunération basés sur les résultats importants pour les patients



Patients/assurés

- Les résultats qui comptent pour eux en matière de soins deviennent centraux
- Ils bénéficient de soins hautement qualitatifs avec une efficacité maximale
- Permet de juguler l'augmentation des coûts des primes d'assurance



Défis

Établissement du cadre réglementaire: en fonction des besoins, le VBHC doit être soutenu par un amendement de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Cette dernière doit être révisée de sorte que:

- o La qualité des indications et des résultats ainsi que l'efficacité soient prises en compte et que celles-ci soient couplées à la rémunération.

Les mesures favorisant la qualité des indications et des résultats ainsi que l'efficacité sont notamment les suivantes:

- o Obligation de suivre les directives des sociétés médicales spécialisées
- o Obligation d'obtenir l'avis d'un tiers (deuxième avis d'un confrère) pour certaines interventions spécifiques
- o Introduction de prestations de garantie pour les interventions médicales (par exemple au moyen de paiements échelonnés ou d'un remboursement si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint)
- o La mesure des PROM (Patient Reported Outcome Measures) et des CROM (Clinician Reported Outcome Measures) uniformisés à l'échelle nationale et leur intégration dans les modèles de rémunération,
- o Garantie de la transparence en matière de qualité jusqu'au niveau du prestataire



Collecte de données: tous les prestataires doivent collecter les mêmes données de la même manière afin de pouvoir les partager avec les autres prestataires.

Réorientation financière: le système actuel de remboursement des coûts incite davantage à augmenter la quantité qu'à coordonner les soins. Les acteurs du système de santé doivent repenser leur approche. L'objectif n'est pas de dépenser plus, mais de proposer de meilleurs soins.

Implication des patients: en Suisse, les patients ne sont pas suffisamment impliqués dans leur traitement. Or, quand les patients participent activement à leur parcours de soins, ils sont mieux informés de leur état de santé, des possibilités de traitement et des risques potentiels, ce qui contribue à un meilleur suivi de leur plan de soins et par là même à une amélioration de leur état de santé.

Changement d'état d'esprit: le système de santé suisse se caractérise par une résistance au changement, une fragmentation et des intérêts divergents. Le VBHC et la réduction des coûts ne peuvent toutefois pas fonctionner sans création de valeur, mesures de qualité, transparence et concurrence axée sur la valeur. Tous les acteurs du système de santé doivent garder à l'esprit que le patient est notre principal client commun.

Conclusion

Le **Groupe Mutuel** s'engage en faveur d'un système de santé basé sur la valeur qui :

- o renonce aux incitations inopportunes conduisant à des prestations inefficaces ou inutiles;
- o se veut financièrement viable et recourt aux ressources limitées avec le maximum d'efficacité pour les patients;
- o renforce le dialogue entre les patients et les prestataires;
- o favorise la coordination des soins;
- o encourage la coopération et les négociations entre les acteurs plutôt que les interventions de l'État.

Pour permettre l'adoption de ces approches du Value-Based Healthcare en Suisse, des amendements législatifs sont nécessaires afin de garantir dès que possible une mesure uniforme des indicateurs de qualité fondamentaux, ainsi que la mise en place de systèmes de rémunération basés sur la qualité à grande échelle.

Ensemble, nous parviendrons à placer les patients au centre des préoccupations et à leur proposer des soins de grande qualité.





Édition 1.25



Scannez et découvrez notre
structure juridique
www.groupemutuel.ch/structure

groupemutuel

Groupe Mutuel Holding SA
Rue des Cèdres 5 - CH-1919 Martigny
0848 803 111 / groupemutuel.ch